中央研究院近代史研究所集刊
第68期（民國99年6月），1-50
©中央研究院近代史研究所

藥醫不死病，佛度有緣人：明、清的醫療市場、醫學知識與醫病關係*

祝平一**

摘　要

本文從「藥醫不死病，佛度有緣人」一語，分析明、清的醫療情境，探索時人如何詮釋醫病關係與疾患的意義。本文認為「藥醫不死病，佛度有緣人」所指涉的心態源於醫療市場缺乏管制，醫生素質不齊，醫療理論、文本與治方之多樣性。在此情境下，擇醫仰賴口碑與推薦、市場上充斥過多的選擇與訊息，使病家既輕信又難以專信醫家；而醫家則抱怨無法掌握醫療過程，雙方遂將緊張的醫病關係投射於宗教的宇宙觀上。機緣與果報遂成為醫病理解疾患意義的中介，成為自由醫療市場中那隻看不見的手，讓醫病雙方訴說著醫療失敗時的委屈與不滿，並在這宗教宇宙觀的基礎上，自行備藥、避免藥害、省心行善或解罪求福。

關鍵詞：醫病關係、醫療市場、宗教與醫療、藥害、醫療風險

* 本稿原爲慶祝中央研究院歷史語言研究所八十週年而作，初稿發表於 2005 年「從醫療看中國史」學術研討會。

收稿日期：2009 年 7 月 24 日，通過刊登日期：2010 年 4 月 16 日。

** 中央研究院歷史語言研究所研究員

一、前　言

本文從「藥醫不死病，佛度有緣人」一語，分析明、清的醫療情境，探索時人如何詮釋醫病關係和疾患的意義。這一諺語散見於像《金瓶梅》、《醒世恒言》和《醒世姻緣傳》等小說中，亦見於《閒情偶記》和《吳下諺聯》等文人的著作。大致元末、明初以來便有此說，明末以降更常見於小說中。有趣的是，這對諺聯要到明、清才進入佛教典籍。看來是明、清人先借佛教的比喻來描寫醫病關係，然後佛教徒才藉以言說眾生之化渡。[1]

醫療乃是病家與醫家在一定的體制框架與文化脈絡間的互動，也是人們透過語言以建構、理解和應對疾患的過程。[2]意義的建構始於語言，而流行的諺語正是揭露社會心態的探針。「藥醫不死病，佛度有緣人」既傳達了醫藥有其限制，因莫可奈何而安之若素的傳統智慧；也世故地對待看病如碰運氣的醫病關係；乃至用以嘲諷醫者之無能。像這樣依著不同文脈，產生不同效果的諺語，正好提供理解明、清醫療世界與疾患意義的鑰匙。然而使用語言，產生意義，乃嵌鑲於特定的社會情境與文化脈絡。因此，本文從醫者的競爭策略，醫學文本的生產以及醫療知識的性質，釐清此諺語所描述的醫病關係。

「藥醫不死病，佛度有緣人」雖不致於像十九世紀歐美流行一時的「治療虛無主義」(therapeutic nihilism)那麼極端，認爲一切治療都沒效，還不如等病家自癒，卻同樣表示明、清人對醫藥效果投以懷疑的目光。不同的是，站在「治療虛無主義」背後的是「自然」，醫者只是「自然」的助手，幫助病家自行療癒，從而鼓勵另類療法與社區治療等醫療實踐的方向。[3]「藥醫不死病，佛度

1　此乃以「藥醫不死病」爲關鍵詞，查閱「中國基本古籍資料庫」、「中央研究院漢籍資料庫」與「中華電子佛典資料庫」所得的結果。此諺尚見於《禪真後史》、《快士傳》等等。

2　Arthur Kleinman, *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition* (New York: Basic Books, 1988), pp. 3-55.

3　Paul Starr, "The Politics of Therapeutic Nihilism," *The Hastings Center Report* 6:5 (1976), pp. 24-30. Peter Morrell, "Therapeutic nihilism," http://homeoint.org/morrell/articles/nihilism.htm （2005/10/8 查閱）。

有緣人」卻表達出當時人以命運和機緣，來理解疾患、醫療與醫病關係的意義，從而將醫療安置於明、清庶民佛教的宇宙觀中。

自從 Arthur Kleinman 以台灣爲例，[4]研究漢人社會中的醫病關係後，不少歷史學者也注意此一課題，並已有多篇論文描繪明、清醫病關係的輪廓。[5]在前人的研究基礎上，本文探討明、清醫療市場的結構如何形塑醫病關係，以及人們的因應策略和行動。[6]必須附帶說明的是，本文雖以明、清爲斷，取材則主要來自清代，此乃因明代醫病關係的研究較多，不必在此重複。其次，從明到清，醫療體系益趨多元化。明末清初時已有零星的西方醫療知識輸入，但基本上是配合宗教教義，彰顯上帝創造之精巧，與醫療本身的關係並不密切，也未挑戰中國的醫療體系。[7]清代版圖擴大，除了精於外科的蒙古大夫，另有奠基於印度醫學的藏醫、承接西方古典四液說的回醫，爲清朝境內不同族群的人

---

4 Arthur Kleinman, *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry* (Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 1980).

5 Christopher Cullen, "Patients and Healers in Late Imperial China: Evidence from the Jinpingmei," *History of Science* 31:2 (1993), pp. 115-122. 蔣竹山，〈晚明江南祁彪佳家族的日常生活史：以醫病關係爲例的探討〉，收入孫遜、劍龍主編，《都市、帝國與先知》，編入《都市文化研究》，第 2 輯（上海：上海三聯書店，2006），頁 181-212；邱仲麟，〈醫生與病人——明代的醫病關係與醫療風習〉，收入李建民主編，《從醫療看中國史》（台北：聯經出版事業股份有限公司，2008），頁 253-296；Chang Che-chia（張哲嘉）, "The Therapeutic Tug of War: The Imperial Physician-patient Relationship in the Era of Empress Dowager Cixi (1874-1908)," (Ph. D. dissertation, University of Pennsylvania, 1998), pp. 55-83；一本曾參考本文初稿的精采碩士論文，見涂豐恩，〈從徽州醫案看明清的醫病關係(1500-1800)〉（台北：國立台灣大學歷史研究所碩士論文，2008）。

6 這些結構性的因素的研究見：Angela Ki Che Leung（梁其姿）, "Organized Medicine in Ming-Qing China: State and Private Medical Institutions in the Lower Yangzi Region," *Late Imperial China* 8:1 (June 1987), pp. 134-166；邱仲麟，〈明代世醫與府州縣醫學〉，《漢學研究》，卷 22 期 2（2004 年 12 月），頁 327-359；邱仲麟，〈綿綿瓜瓞：關於明代江蘇世醫的初步考察〉，《中國史學》（京都），卷 13 (2003)，頁 45-67；Paul Unschuld, *Medical Ethics in Imperial China: A Study in Historical Anthropology* (Berkeley: University of California Press, 1979), pp. 60-114.

7 祝平一，〈身體、靈魂與天主：明末清初西學中的人體知識〉，《新史學》，卷 7 期 2（1996 年 6 月），頁 47-98；祝平一，〈通貫天學、醫學與儒學：王宏翰與明清之際中西醫學的交會〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》，第 70 本第 1 分（1999 年 3 月），頁 165-201。其他有關明末清初西洋醫學之輸入，見：范適（行準），《明季西洋傳入之醫學》（上海：中華醫史學會，1942）。

們提供醫療照護。十九世紀中葉後，西方現代醫學隨著堅船利炮和基督宗教再入中國，尤其是外科手術更常成爲傳教士宣教的手段，並在中國沿海，建立西式醫院與醫學教育體制，乃漸至凌駕中醫之上。中醫也在西方解剖學和科學的影響下，造成現代中醫知識、實作乃至醫病關係斷裂的先聲。[8]本文並未考慮這些多元醫療體系的影響，而純以當時漢人社會主流的醫療傳統爲分析對象。另外，清代雖因溫病理論的出現，用藥風尚一改涼峻之劑，而就輕薄溫補之法，但這一醫療場域中的變化，似乎並未改變時人的就醫模式。然而明、清的中國相當複雜，本文無法照顧醫療實踐與資源分配的地域性差異、更仔細的區域分論、[9]醫者內部的階層化、以及醫療的階級性和明、清醫學更細緻的分疏，應是未來重要的研究方向。

二、開放市場下的醫者

行醫在明、清時期是賺錢但競爭的行業，此尤以名醫匯聚的江南爲然。十七世紀以降，中國人口迅速增加，對醫者的需求同步成長。中國政府在明、清時期幾乎完全從醫療保健中撤離，並將此責任留給地方紳士，亦不管制醫師的質與量，除了宮中的御醫，開業醫生不須考試與證照。醫療市場的開放，使醫

8　李尚仁，〈展示、說服與謠言：十九世紀傳教醫療在中國〉，《科技、醫療與社會》，期 8（2009 年 4 月），頁 9-74；李尚仁，〈治療身體，拯救靈魂：十九世紀西方傳教醫學在中國〉，《中國史新論：宗教分冊》（出版中）；Sean Hsiang-lin Lei（雷祥麟）, “From Changshan to a New Anti-malarial Drug: Re-networking Chinese Drugs and Excluding Traditional Doctors” *Social Studies of Science* 29:3 (June 1999), pp. 323-358; Sean Hsiang-lin Lei（雷祥麟）“How Did Chinese Medicine Become Experiential? The Political Epistemology of Jingyan,” *Positions: East Asian Cultures Critique* 10:2 (Fall 2002), pp. 333-364；雷祥麟，〈負責任的醫生與有信仰的病家——中西醫論爭與醫病關係在民國時期的轉變〉，《新史學》，卷 14 期 1（2003 年 3 月），頁 45-96。

9　目前已有些論著出現見：Chao Yuan-ling, *Medicine and Society in Late Imperial China: A Study of Physicians in Suzhou, 1600-1850* (New York: Peter Lang Publishing, 2009); Volker Scheid, *Currents of Tradition in Chinese Medicine 1626-2006* (Seattle: Eastland Press, 2007); 涂豐恩，〈從徽州醫案看明清的醫病關係(1500-1800)〉（台北：國立台灣大學歷史研究所碩士論文，2008）。明、清醫學變化的案例見：謝柏暉，〈明清醫學知識的爭議與建構：以太素脈和《王叔和脈訣》爲中心〉（台北：國立台灣師範大學歷史研究所碩士論文，2009）。

者間的競爭白熱化。[10]趙學敏(1719-1805)便指出：「近率以醫爲行業，謂求富者莫如醫之一途。於是朋黨角立，趨利若鶩。入主出奴，各成門戶。」[11]利之所趨，使人競相進入醫療市場，甚至成門立派，相互角力。雖有醫者不斷制訂並呼籲遵守各種「倫理規範」，以保障醫療品質，卻沒有強制性。[12]明末入華的利瑪竇(Matteo Ricci, 1552-1610)便觀察到：

> 中國的醫學與西方相差頗遠，似乎是靠把脈診斷。有時效果很好，但用的都是草藥。醫術沒有公開的學校傳授，每人自己拜師學習。在南北兩京有醫學考試，並頒賜學位，但不認真，所以有學位的並不比沒有學位的受人重視。在中國，行醫沒有管制，只要願意，無論醫學知識多寡，都可行醫。……無論數學或醫學，顯然都是天資不濟，無力讀書進取功名的人才去研究，因此不受重視，也不發達。[13]

然而自由放任的結果，則是醫者的素質良莠不齊，十九世紀的俄國學者塔塔林諾夫(A. Tatapnhob)寫道：

> 開業的醫生形形色色：官員、遭貶丟官而失去生活來源者、常年賣藥而積累了開藥經驗的藥鋪夥計、在自己的行業不走運的畫家和識字的村夫。這種現象在針灸師中尤其普遍……。政府從來沒有頒布過特別規定來規範自由開業醫生需具備的條件。……當大量的勞動力都去從事手工業，他們的勞動得不到報酬時，有許多人願意行醫也就不足為怪了。……中國人有這樣一個良好習慣——只要便宜，在何處看病、用何種方法治病都無所謂，所以醫生可以輕鬆不費力地使自己的生活水平得到提高，於是，在中國再也沒有比醫生這個稱號可以更好地掩飾自己的無知

10 Angela Ki Che Leung（梁其姿）, "Organized Medicine in Ming-Qing China," *Late Imperial China* 8:1, pp. 134-166.

11 〔清〕趙學敏著，〔清〕吳庚生補註（下略），《串雅內外編》（北京：中國書店據掃葉山房 1914 年版影印，1987），〈緒論〉，頁 2a。

12 Paul Unschuld, *Medical Ethics in Imperial China*, pp. 60-114. 這些規範很難和現在的醫學倫理相類比，而比較像是行醫與擇醫的建議，以及對醫療市場亂象的評論。

13 〔義〕利瑪竇著，劉俊餘等譯，《利瑪竇全集》（台北：光啓出版社，1986），冊 1，頁 25。

> 了。……任何時期，醫學在中國都是處於手工業和類似於做學問研究古籍之間、迷信和通曉醫術之間。……民間把行醫，從事這種自願的、由對事物的熱愛（可能在中國並不易見到）所支撐的勞動叫做「走小道」。……這些都證明中國的醫學從古至今都是不受國家規定約束的自由學科……，由此就造成了中國的醫生總是魚龍混雜。[14]

利瑪竇和塔塔林諾夫速寫了明、清醫療市場的開放程度，而二者最大的差異，在於塔塔林諾夫認為是因為手工業報酬過低，才促使人們湧向醫療市場，成為醫者。這可能是因他觀察的是中國北方的現象；也可能十九世紀時，人口問題更熾，以致轉行從醫的人更多？由於政府沒管制，甚至連康熙皇帝都察覺醫者的素質不佳，但也沒有進一步的規範。[15]十八世紀的徐大椿(1693-1771)曾建議以考試督課醫者，通過考試方能掛牌行醫，但也沒施行。[16]確定誰是有能力的醫者，成為困擾明、清病家的問題。

明、清的醫者大概可分為一般坐館的醫生、走方醫、女性醫療者和宗教醫療人員。但這些範疇很難有明確的界限，因為任何人皆可隨時宣稱自己是醫生。一般的醫生除來自家傳世業外，不少是科舉的挫敗者。[17]尤其在明、清改朝換代之際，許多前途茫茫的讀書人選擇了以醫為業，增加了醫師的短期供給。張璐便觀察到：

> 壬寅(1662)以來，儒林上達，每多降志於醫。醫林好尚之士，日漸聲氣交通，便得名噪一時。於是醫風大振，比戶皆醫。[18]

---

14 塔塔林諾夫(A. Tatapnhob)，〈中國醫學〉，收入曹天生主編，張琨等譯，《19 世紀中葉俄羅斯駐北京布道團人員關於中國問題的論著》（北京：中華書局，2004），頁 430-431。這篇論文雖然有很多「東方主義」的成份，譯文亦有些明顯的錯誤，但其中的記述仍有可參考之處。

15 Chang Che-chia, “The Therapeutic Tug of War: The Imperial Physician-patient Relationship in the Era of Empress Dowager Cixi (1874-1908),” (Ph. D. dissertation, University of Pennsylvania, 1998), pp. 55-56.

16 〔清〕徐大椿，《醫學源流論》，收入氏著，《徐靈胎醫書全集（下）》（台北：新文豐出版公司據 1922 年上海錦文堂刊本重印，1985），〈考試醫學論〉，頁 609-610。

17 〔清〕徐大椿，《醫學源流論》，收入《徐靈胎醫書全集（下）》，〈醫非人人可學論〉，頁 610-611。

18 〔清〕張璐，《張氏醫通》（北京：中國中醫藥出版社，1995），〈自序〉，原序無頁碼。康

除了生涯的考量外，有時士人爲了照護自己或其他家庭成員的健康而成爲醫師；有些人則是爲了盡孝道而習醫。

高世栻(1637-?)的故事讓人一窺清初士人由儒入醫的訓練過程。高氏從事舉子業，並兼塾師，以自奉奉母。當他自覺中舉無望時，便決定研習岐黃之道。他拜某姓倪的先生爲師，研讀「《藥性》、《全生集》、《明醫指掌》、《傷寒五法》並諸方歌訣，以爲道在於是」。二十三歲時，高氏開始行醫。雖然他的處方並不總是有效，但仍很快成名。1664 年夏天，他患了嚴重的腹瀉，延醫診治，卻沒有效果。最後他放棄服藥，直到那年冬天，瀉痢的毛病才恢復。他因而感嘆：「醫之不可爲也。醫治我若是，我治人想亦若是。以醫覓利，草菅人命，謂天理何？」這時他才因張志聰(1610-1674)開講《傷寒》、《金匱》、《神農本經》、《素問》、《靈樞》，有機會接觸到古典的醫經，「始悔前之所習，皆非醫學之根源」。此後他便投身於研究這些經典，並自認：

> 岐黃至理，雖未能窺其堂奧，而論證施治，已不同於往之見病治病，執風痰、氣火、感寒、停食之說，遂循方而投藥也。[19]

他亦深自相信，古經之外的醫書皆不足觀：

> 余觀經論之暇，每閱分門別類之方書，皆醫門糟粕也。即如《薛氏醫案》、趙氏《醫貫》、《醫宗必讀》、《裴子言醫》等書，亦皆方技之穎悟變通，非神農、軒岐、仲景一脈相傳之大道也。[20]

高氏的醫術是否更爲精進，吾人無法判斷。但在研習經典後，高世栻行醫較以往有自信。自是，他「每遇一證，必究其本而探其原，處方用藥，不同流俗」。有趣的是，與高世栻同時代的人雖未評論他的醫術，卻都認爲他「偏執」。[21]

高世栻習醫的軌跡有幾種意涵。首先，值得注意的是高氏的習醫歷程。雖然現在中醫教育中，最重《黃帝內經》、《神農本草》等經典，但高氏並非自此

熙初年正值鼇拜當政，科舉改革和文字獄，使士人的出路更成問題。仕途一壅塞，醫林便成蹊。

19 〔清〕高世栻，《醫學眞傳》（江蘇：江蘇科學技術出版社，1989），〈先生自述〉，頁 72。

20 〔清〕高世栻，《醫學眞傳》，〈先生自述〉，頁 73。

21 〔清〕高世栻，《醫學眞傳》，〈先生自述〉，頁 72。

入手。方書、歌括等醫學入門書，才是他起始之處。高世栻後來至少還接觸那些被醫家公認爲醫學之本根，卻又「義理微茫，精滲〔糁〕錯別，甲可乙否，莫知適從」[22]的古典醫經。至於一般醫者是否能有機會或動機，像高氏一樣更上層樓，頗值得懷疑。清末的陸以湉還批評道：「近世醫者，能讀《內經》鮮矣。」[23]

高世栻習醫的歷程絕非例外，明代古典小說《壺中天》的記載，以及梁其姿研究清末女醫裘笑梅習醫的過程亦皆如此。[24]《壺中天》的主角龔信乃嘉靖時人，與高世栻同是浙江人，一樣舉業不售，轉而習醫。他拜陶菊菴爲師，先背記《脈訣》、《藥性》等歌括類的文本。其後龔信熟讀《素問》、《難經》，一年後陶氏命龔診脈定方，並自己再次確認，二年後龔信出師。[25]他的習醫歷程和高世栻相類，可能也是一般儒者轉而習醫的模式。

高世栻和《壺中天》中龔信的例子指出，明、清之際雖然有不少人可以從文本習得醫學知識，但如要行醫，只根據文本，似有不足，拜師仍是醫學傳授的重要歷程。梁其姿根據方志資料的統計指出，宋、明以來，自習醫者固大有人在，但拜師兼自修，方是習醫的常態。[26]醫學知識便由人與文本兩線傳下，不絕如縷。不過師徒間之授受似乎因文本的存在，而少了祕密傳授的儀式。拜師還有一層重要性，學習從老師的社會網絡中接近客戶。在《壺中天》中，陶菊菴便將他的病家介紹給龔信。其次歌括式的文本乃習醫之基礎。由於這類文本便於記誦，使習醫者很快熟悉人身部位與基本的藥和方，記憶與背誦成爲習醫不可或缺之步驟。另外，對於醫學經典的熟悉程度，成了醫者內部階層化的重要指標。

22 〔明〕徐春甫，《古今醫統大全》（台北：新文豐出版公司據明葛宋禮刊本影印，1978），〈自序〉，頁 23。

23 〔清〕陸以湉，《冷廬醫話》（北京：中國中醫藥出版社，1996），頁 7。

24 Angela Ki Che Leung（梁其姿）, "Medical Instruction and Popularization in Ming-Qing China," *Late Imperial China* 24:1 (June 2003), pp 130-152.

25 〔明〕無名氏輯，《壺中天》（上海：上海古籍出版社，1990），頁 13-24。本書雖爲小說，卻以兩位明代的名醫爲主角。

26 梁其姿，〈宋元明的地方醫療資源初探〉，收入張國剛主編，《中國社會歷史評論》（北京：中華書局，2001），卷 3，頁 219-237。

除了一般坐館的醫生外，明、清社會中還有許多其他類型的行醫者。對於病家而言，他們的重要性不下於醫生。在明、清的小說裡，常常可以看到病家同時請醫生、問卜、求藥籤、請僧道、或訴諸圓光一類宗教醫療的場景。醫生以外的醫療從業者，雖然較少見諸載籍，但活躍的程度與重要性絕不下於醫者，社會一般民眾的醫療照護可能更仰賴這群人。例如走方郎中雖處於較低階的醫療市場，但他們有自己的醫學知識、器械和行話。他們「手所持器，以鐵爲之，形如環盂，虛其中，置鐵丸，周轉搖之，名曰虎刺。……所持藥囊曰無且囊，……鍼曰鈹鍼，有小袋曰羅星袋，有小尺曰分脈尺，有藥點之鏡曰語魅，有馬口鐵小筒用以取牙，名曰折脆。」對於他們的行當，這些走方郎中有各種行話來表示：

> 所作偽藥皆曰何兼，市草藥曰夾草，持竿布賣膏藥曰貨軟，作道妝僧服曰遊方，用鍼曰挑紅，用刀曰放紅，撮痧曰標印，艾火曰秉離，水調曰填冷，與人治病曰打樁，兩人合治曰攏工，共分酬金曰破洞，賺人財帛曰撈爪，脫險曰出洞。[27]

他們不但治一般的外傷內疾，還能取牙、點痣、去翳、捉蟲；他們治的不只是一般病人，也治禽獸蟲魚、花草樹木；他們還常反用醫療技術以傷人、傷物，求取更多利益。走方郎中也常賤藥高賣，甚或以假藥行騙，有時還裝僧扮道，使用禁咒之術；他們自祕其術，以誇其技。[28]從塔塔林諾夫的記載，可一窺走方郎中行醫的情狀：

> 這些人大部分成年後才開始行醫，醫學知識極其有限，……只是裝神弄鬼，或者用一些特別的、誰也不知道的藥劑治病。正是從這類醫生中產生了所謂的各種秘方、膏藥、藥丸、藥粉等的販賣者，以及針灸師。……在集市周圍，……這些人就帶著貨物周游其中，花言巧語地吹捧自己的秘方來吸引人。——賣包治百病藥膏的土耳其人拿著彩色圖畫向圍攏過

27 〔清〕趙學敏，《串雅內外編》，〈緒論〉，頁 1a-1b。
28 〔清〕趙學敏，《串雅內外編》，〈緒論〉，頁 2b、〈凡例〉，頁 1a-b。

> 來的人群講解人體解剖學和外科、甚至內科疾病。——針灸師總是駐紮在馬路上，在廢棄的、又破又舊的農用馬車旁用幾條板凳把自己圍起來。在招徠足夠多的人圍過來之前，針灸師只是默默地、來回不停地翻騰自己的工具。……觀眾落坐後，他便開始了長篇大論，講他姓甚名誰，祖籍山東省（大部分針灸師都來自那裡）某縣，是著名的李氏針灸師的直系後代(所有針灸師在街道上的破車旁擺攤並在自己姓氏上加上「車」字來吸引顧客的習俗即由他而來），從事針灸已經有多少多少年，頗有名聲，前不久發現了人體的一個新部位，針灸此部位可治什麼什麼樣的病。——治眼病的在自己面前放一張小桌子，上面有各種各樣的藥，桌子下掛著圖——兩只特大號眼睛，旁邊附有各種眼病的名稱。……賣治牙病藥的則用自己醫術的戰利品武裝自己——一堆亂放在桌上的拔出來的牙，其中有一半不是人牙。——後兩類販賣者的特點是非常沉默，……販賣強健體魄、增長力氣、增加膽量等類藥的人不發表長篇大論，卻用不分季節展示光脊樑的人來吸引買主，……。為了使人們更加相信自己的藥的好處，他們還時常讓人們隨便用什麼東西打他們身上容易受傷的部位。[29]

當時人對走方郎中的一般印象不佳：「人每賤薄之，謂其遊食江湖，貨藥吮舐迹類丐，挾技劫病，貪利恣睢心又類盜。」[30]

據趙學敏的觀察，走方郎中雖然形象不佳，但他們的知識系譜卻和一般醫者相去不遠：

> 其所傳諸法與國醫少異。治外以鍼、刺、蒸、灸勝，治內以頂、串、禁、截勝，取其速驗，不計萬全也。[31]

29　塔塔林諾夫，〈中國醫學〉，收入《19 世紀中葉俄羅斯駐北京布道團人員關於中國問題的論著》，頁 433-434；劉錚雲，〈城鄉的過客——檔案中所見的明、清商販〉，收入李孝悌、王汎森編，《中國的城市生活：十四至二十世紀》（台北：聯經出版事業股份有限公司，2005），頁 429-433。

30　〔清〕趙學敏，《串雅內外編》，〈原序〉，頁 1a。

31　〔清〕趙學敏，《串雅內外編》，〈緒論〉，頁 1a。

走方郎中不僅像一般醫者以用藥爲主，也使用禁咒、針灸、推拿等醫生較不使用的手法。而所謂「頂、串、截」即：

> 藥上行者曰頂，下行者曰串。故頂藥多吐，串藥多瀉。頂、串而外則曰截。截，絕也。使其病截然而止。按此即古汗、吐、下三法也。[32]

此外，他們還有所謂「丹頭」或「劫劑」等專門症狀治療的特效藥。[33]他們用藥時或留一手，或下猛藥：

> 每恃祖方為長技，用而偶驗，則留根不除，俟再發而再獲也；用而不驗，則率用猛毒之藥以攻之，所謂下殺手也。[34]

走方郎中和專尙薄劑的時醫不同，用藥剛猛，專求消除症狀，較不顧病家的感受。有時走方郎中做的假藥，居然比眞藥有效。如「假象皮膏之收口，假乳香之定痛，著效更捷於眞」。[35]不但如此，由於走方之故，這些郎中反而成爲當時基層社會中重要的醫療提供者：

> 走醫有三字訣。一曰賤藥物，不取貴也。二曰驗以下咽，即能去病也。三曰便山林僻邑，倉卒即有能守。[36]

他們不但提供迅捷價廉的醫療服務，更重要的是，他們不似一般醫者，只群聚在城市之中。走方郎中收藏各種藥物，治療各種疾病，比較不挑病患；走遍窮鄉僻壤，比較不挑行醫的區位。雖然讓他們照顧有風險，其風險也不必然比找一般醫者來得大。趙學敏便質疑道：

> 問今之乘華軒，繁徒衛者，胥能識症知脈辨藥通其元妙者乎？儼然峩高冠，竊虛譽矣。今之遊權門、食厚奉者，胥能決死生達內外定方劑十全

32 〔清〕趙學敏，《串雅內外編》，〈緒論〉，頁 1b。

33 古克禮(Christopher Cullen)曾指出明代的病家找尋特效藥與萬靈丹的心態，這或許助長了這類藥物的使用。Christopher Cullen, “Patients and Healers in Late Imperial China: Evidence from the Jinpingmei,” *History of Science* 31:2, pp. 115-122. 徐大椿亦曾批評「劫劑」，見：〔清〕徐大椿，《醫學源流論》，收入《徐靈胎醫書全集（下）》，〈刦劑論〉，頁 570-571。

34 〔清〕趙學敏，《串雅內外編》，〈緒論〉，頁 2b。

35 〔清〕趙學敏，《串雅內外編》，〈凡例〉，頁 1b。

36 〔清〕趙學敏，《串雅內外編》，〈緒論〉，頁 1b。

無失者乎？儼然踞高座侈功德矣。[37]

趙學敏對醫藥有濃厚的興趣，藉著收集走方醫所用的方劑，他不僅保存這些下層醫者的技藝，也表達他對上層醫者所提供的醫療照護之不滿。

性別也是醫療市場階層化的指標之一。和階層較低的醫者一樣，女性醫療者更依靠手的技巧，如針灸和按摩，或各種儀式性的宗教醫療。這些女性醫療者經常被標記為「婆」，如醫婆、藥婆、穩婆，她們的客戶經常是婦女和兒童。儘管當時的士人往往對這些穿門踏戶的女性醫者投以懷疑的目光，但在男女之防日嚴的明、清社會裡，男性醫者難以接觸女性病患，女性病患又不習慣給男醫診視，反而造就這些女性醫者在醫療市場中生存的區位。尤其是像生產這類高度汙穢之事，更是女性醫療工作者的天地。由於一般女性醫者往往被汙名化，像出身書香世家的談允賢(1461-1554)必須強調她的「女醫」身分，以和其他的醫婆區分。[38]

除了這些下層醫生外，醫療市場上也充斥著宗教醫療者。一些宗教醫療，特別是與五通崇拜有關的巫醫，在江南地區非常流行。五通祠的女巫有所謂「看香頭」的卜法與「叫喜」的療法。[39]根據十九世紀末的耶穌會士祿是遒(Henri Doré, 1859-1931)的調查，在江蘇海州地區的女巫被稱為「道奶奶」，亦稱「香頭」。她們的專業便是醫療，所謂「看香頭」便是其醫療儀式的一部份。將香插在爐上，若香灰呈暗色，且有下墮之勢，意味病家的病情將轉惡；若呈灰白

37 〔清〕趙學敏，《串雅內外編》，〈原序〉，頁 1a。

38 Victoria Cass, "Female Healers in the Ming and the Lodge of Ritual and Ceremony," *Journal of the America Oriental Society* 106:1(January-March 1986), pp. 233-240. 梁其姿著，蔣竹山譯，〈前近代中國的女性醫療從業者〉，收入李貞德編，《婦女與社會》，頁 255-374；Charlotte Furth, "Women as Healers in Ming Dynasty China," in Yung Sik Kim and Francesca Bray, eds., *Current Perspectives on the History of Science in East Asia* (Seoul: Seoul National University Press, 1999), pp. 467-477; Charlotte Furth, *A Flourishing Yin: Gender in Chin's Medical History, 960-1665* (Berkeley: University of California Press, 1999), pp. 266-300; Christopher Cullen, "Patients and Healers in Late Imperial China: Evidence from the Jinpingmei," *History of Science* 31:2, pp. 126-132; 鄭金生，〈明代女醫談允賢及其醫案《女醫雜言》〉《中華醫史雜誌》，卷 29 期 3（1999 年 7 月），頁 153-156。

39 蔣竹山，〈湯斌禁毀五通神──清初政治菁英打擊通俗文化的個案〉，《新史學》，卷 6 期 2（1995 年 6 月），頁 81-82。

色且直立，則病情會好轉。在占卜前後，病家需預備大量的物品，以利醫療儀式之進行。她們以被附身或唸咒爲病家除恙，事後索價不菲，病家除了酬謝道婆外，還得支付謝神酬宴的花費。這些「道奶奶」們定期聚會，以增強法力。[40]師巫有時也主動和富家女僕串通，打探其家是否有人生病，然後要求病家上廟招魂，作「太母懺」，索價高於僧、道法會。有時女巫並與廟祝串通，勒索病家。

使用宗教醫療者不僅是都會地區，農村裡的醫療供給者更缺乏分化，醫者同時扮演多重角色，而且宗教醫療的份量更加吃重：

> 在農村和人口較少的城市裡，同一個人既是星相師，用《易經》……來看房屋、墓地的風水，占卜人的未來命運和吉凶等等，也是包治百病的醫生。
>
> 在農村更容易找到根據神靈的指示給人治病、並總是用算卦來診斷病情和決定用藥的人。……可能中國婦女足不出户的生活傳統導致醫術注定只是男人世界裡的事。……農村醫生往往也給牲口治病，而且也都會算吉日和凶日，會看建房造墓等用地的風水。……因此醫生作為周圍的人中比較有文化的，總是擔當著當地的星相師的職責。……這裡的醫生同時也是藥鋪主人，有必備藥材……，因此看病時只收藥材錢，不收診費。他們從來不開藥方，而是自己準備好藥，派人送到病人家中並囑咐如何服用。大部分農村醫生都是本村居民。[41]

農村裡的醫生身兼數職，或許是因爲他們識字，因此卜算風水等事都算在他們身上，宗教職務與醫療合併。他們既治人也治動物，主要的收入則來自賣藥，而非看診。

不過一般醫者對於宗教醫療多所排斥，而且明、清的律法也對宗教醫療相

---

40 〔法〕祿是遒(Henri Doré)著，沈婕、單雪譯，《中國民間崇拜：歲時習俗》（上海：上海科學技術文獻出版社，2009），頁 52-64。

41 塔塔林諾夫，〈中國醫學〉，收入《19 世紀中葉俄羅斯駐北京布道團人員關於中國問題的論著》，頁 430-431、448。

當注意，深怕引起有心人藉宗教醫療引發民變。一位清初的醫者王宏翰(c. 1648-1700)便論道：

> 蘇地人居雜混，市井居多，延醫不講學問之深淺，酷信師巫問卜，諂神媚鬼，要求禍福。……信鬼之心堅，故延醫服藥，盡出卜者之口，則卜者肆行妄斷，欺弄愚民，致使妖僧怪道，裝塑土木，囑賄卜斷，祭賽盈滿。而卜者又受醫賄囑，……惟憑卜斷薦之。[42]

王宏翰在此描述的是個多樣的醫療市場，其中不但醫、卜、巫、僧、道雜然並陳，病家對於他們提供的醫療服務，不必然有所別擇。醫家對於病家另尋師巫相助，常不以爲然。程國彭謂：「旁人誤，引邪路，妄把師巫當仙佛，有病之家易著魔，到底昏迷永不悟。」[43]然而批判歸批判，使用者並未因此而卻步。有趣的是，宗教醫療中的咒語，因有古代祝由科傳統的支持，時爲醫家或編方書者所收錄。而有些符籙治病之書，亦附方藥。[44]另有些透過降乩而產生的方書，也被視爲善書刊行。陳傑甚至謂：「從來妙劑，多出仙傳。」他自己的痰疾則是乩方所癒，且他的家眷有疾患時，亦多救助於扶乩。[45]值得注意的是，乩方的使用者大多是士人，可見得明、清宗教醫療的多樣性，而其使用者也來自不同階層。

最後應探討一下「儒醫」的問題。儒醫是宋代以降醫學史上一個明顯的現象，這和許多士人進到醫療的場域有關，論者甚至以爲儒醫帶來了醫療的「專業化」(professionalization)或「專門化」(specialization)。[46]在討論儒醫問題時，

42 〔清〕王宏翰，《古今醫史》，收入《續修四庫全書》（上海：上海古籍出版社據南京圖書館藏清抄本影印，1997），冊 1030，頁 321。

43 〔清〕程國彭，《醫學心悟》（北京：中國中醫藥出版社，1996），頁 4。

44 關於治病的符籙，見〔法〕祿是遒著，程群譯，李天綱校，《中國民間崇拜：咒術概觀》（上海：上海科學技術文獻出版社，2009），頁 32-111；〔法〕祿是遒著，張旭虹譯，李天綱校，《中國民間崇拜：符咒說文》（上海：上海科學技術文獻出版社，2009），頁 11-34、70-162；收祝由、咒禁之書如〔清〕王子接，《十三科古方選註》，收入曹炳章編，《中國醫學大成續集》（上海：上海科學技術出版社，2000），冊 14。而有趣的是在此書的諸多版本中，祝由和咒禁常被刪去。〔清〕程鵬程輯，《急救廣生集》（北京：中國中醫藥出版社，1992）。

45 〔清〕陳傑輯，《回生集》（北京：中醫古籍出版社，1999），頁 1。

46 Paul Unschuld, *Medical Ethics in Imperial China*; Chao Yuan-ling, *Medicine and Society in Late*

我們同樣面對身分的困擾：誰是儒醫？一般棄舉子業而習醫的士人算儒醫嗎？能撰寫醫療文本的人算儒醫嗎？本文認爲，儒醫也許可以類比爲在多層醫療體系下的「族群」現象。儒醫的確是實質的社會存在，但社群邊界並不明顯，而是以排除的方式來形成儒醫的認同。雖然儒醫可能現實上是科舉的失敗者，但因掌握較高階的文本知識，以文本知識正當化其技藝，並將之比附儒學傳統，以此誇示其他醫者。儒醫認爲醫學不獨能治身，亦是格物窮理，襄贊治平之事。他們以儒道言醫，以儒行正當化其醫療知識與技藝。這些「尚儒醫士」不僅精研醫學文本，也能掌握一般士人傳統中的文本知識，並將儒學傳統中的文本技巧，如注疏和考證等，施用於醫學文本之上。士人醫者之間也往往以掌握不同層次的文本，區別醫者的地位。窮研《內經》、《金匱》之醫者，自認或他人認爲其知識較佳，因而其技藝和地位高於那些只會背誦歌括和方書之徒，更遠勝於只靠經驗的醫者，遑論女性醫者或巫醫。儒醫因而是明、清醫療市場中階層化的現象，但階層間的界限又模糊不清，因爲醫者的地位既不靠文憑，也不定於收入，甚至和技藝之高低無關，而更靠無形的象徵性資本(symbolic capital)：即對於古典醫學傳統的熟悉程度。「儒醫」的標籤因而是士人醫者轉換其象徵性資本爲社會地位的策略，卻也因此成爲明、清醫療場域階層化的因素之一。[47]

梁其姿曾指出，從宋到明，除了醫療理論上的變遷外，兩項重要的醫療社會變遷是國家自醫療領域中撤出；其次是儒醫的興起，而將宗教醫療，乃至較重手技的外科邊緣化。[48]前者使得明、清時期的醫療市場，成爲近乎經濟學家所謂的自由放任的市場，任各種醫者競逐，亦使以儒自名的醫者，不斷要用各種辦法與其他醫者區隔。明、清中國的醫療市場相當多元化，除了一般坐館的

Imperial China.

47 祝平一，〈宋、明之際的醫史與「儒醫」〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》，第 77 本第 3 分（2006 年 9 月），頁 401-449。

48 Angela Ki Che Leung（梁其姿）, “Medical Learning from the Song to the Ming,” in Richard von Glahn and Paul J. Smith, eds., *The Song-Yuan-Ming Transition in Chinese History* (Cambridge: Harvard University Press, 2003), pp. 374-398.

醫生外，還有走方郎中、宗教醫療者和女性醫者。這些人在社會上可能扮演著同等重要的角色，為社會中不同部門與階層的人提供醫療服務。[49]雖然醫療市場中有形形色色的醫者，但他們對付疾病的手段卻有不少重疊之處。走方醫、女醫乃至宗教醫療者也能使用一般醫者所用的脈診望色和膏湯丸散；而一般醫生雖然對於醫療效果的認知和解釋可能不同，但他們可能也會使用針灸或刮、挑的手技，乃至和宗教醫療相關的手段。[50]值得注意的是，除了尙儒的菁英醫者外，其他的醫療人員常有被汙名化的傾向。在菁英醫者或是士人的敘述中，其他的醫療從業人員常是知識貧乏，不識病因，乃至延誤病情的罪魁禍首。然而，文獻中亦不乏描述菁英醫者對疾病束手無策的窘境。雖然菁英醫者以嫻熟文本知識和理論，區隔其他醫療從業員，卻無法保證其醫療服務優於其他醫者。何況醫療照護，人人皆需，而菁英醫者總是傾向於服務都會區的上層階級，讓其他醫者仍有生存空間。醫療市場中雖充斥著不同類型的醫療人員和治療手法，但醫療人員身分界限模糊不清，其訓練與技藝亦缺乏基本的標準和保證，增加了病家擇醫的困擾。

三、衍異：開放市場下的醫學文本和知識生產

明、清醫療市場中，醫療人員的多樣性和醫學文本與理論的多樣性，恰成平行結構。十六世紀以降留下了為數眾多的醫書，這固然和出版費用更為低廉不無關係，但主要還因醫書是當時書籍市場上頗獲青睞的書籍類型。[51]和其他的技術文類相比，醫書的數量不但多，形式增加，還不乏藏書家所重視的善本。除了傳統醫學經典的注疏、醫方外，醫案、醫論與醫話等新的醫學文類紛紛出

---

49 Christopher Cullen, "Patients and Healers in Late Imperial China: Evidence from the Jinpingmei," *History of Science* 31:2, pp. 99-104.

50 陳秀芬，〈當病人見到鬼：試論明清醫者對於「邪祟」的態度〉《國立政治大學歷史學報》，期 30（2008 年 11 月），頁 43-86。

51 Cynthia J. Brokaw, *Commerce in Culture: The Sibao Book Trade in the Qing and Republican Periods* (Cambridge: Harvard University Asia Center, 2007), pp. 428-448.

現。[52]雖然這些新文類不見得和以往的寫作傳統斷裂，卻標示著醫學文類的繁衍，仿佛當時的醫者企圖以更多樣的形式來表現他們的意見。這麼大量的文本和新文類的出現，究竟在醫學知識生產上的意義爲何？他們以何種方式寫成？

費俠莉(Charlotte Furth) 在討論武之望的《濟陰綱目》時指出，此書的內容基本上襲自王肯堂《婦科準繩》的女科，只是重排順序而已。[53]武之望不但不諱言他的書抄自他的同年，甚至還自認是王肯堂之功臣，因爲他賦予了王書更清楚易讀的結構：

> 嗣見同年王宇泰氏所輯《女科準繩》，旁搜博采，古今悉備。然一切雜病，亦復循薛氏例而概收之，不無駢枝贅疣之病。且分條不整，序次無倫，非耳目所素習者，卒觀之而莫得其要也。……茲於公事之暇，手為搜集，汰去諸雜證，而專以婦人所獨者滙為一書。又門分類別，而綱之下各繫以目。……庶覽者不難因論識病，因病取方。一展卷而犁然指掌，即庸工下醫亦可隨手而取效也。[54]

另一類透過傳抄、改編而繁衍的醫療文本則是明、清的痧書。痧症的專著始於清初郭志邃的《痧脹玉衡》。其後王凱傳抄了該書的內容，並改名爲《晰微補

52 Christopher Cullen, "*Yi'an* (case statements): The Origins of a Genre of Chinese Medical Literature," in Elisabeth Hsu, ed., *Innovation in Chinese Medicine* (Cambridge; New York: Cambridge University Press, 2001), pp. 297-323. 古克禮強調十六世紀醫案文體的斷裂性。就試圖將脈案標準化而言，這的確是新的發展。但醫案的內容和功能是否和醫案文類興起前醫書中所記載的病案不同，仍值得再細察，更何況脈案標準化的理想似乎從未企及。如《明清十八家名醫醫案》中所搜集的醫案，有些看來像方書，只記病證與藥方。伊廣謙、李占永編，《明清十八家名醫醫案》（北京：中國中醫藥出版社，1996）。另外，Charlotte Furth 等則將醫案的起源追回宋代，探討醫家如何從醫案中形成運用醫學和醫案的寫作技巧。見：Charlotte Furth, "Producing Medical Knowledge Through Cases: History, Evidence, and Action," in Charlotte Furth, Judith T. Zeitlin, and Ping-chen Hsiung, eds., *Thinking with Cases: Specialist Knowledge in Chinese Cultural History* (Honolulu: University of Hawaii Press, 2007), pp.125-151; Ping-chen Hsiung, "Facts in the Tale: Case Records and Pediatric Medicine in Late Imperial China," in *Thinking with Cases*, pp. 152-168; Judith T. Zeitlin, "The Literary Fashioning of Medical Authority: A Study of Sun Yikui's Case Histories," in *Thinking with Cases*, pp. 169-204.

53 Charlotte Furth, *A Flourishing Yin*, pp. 159-162.

54 〔明〕武之望，《濟陰綱目》，收入氏著，《武之望醫學全書》（北京：中國中醫藥出版社，1999），頁 3。

化全書》。沈金鰲(1717-1776)大為讚賞王凱的書，並將之改名為〈痧脹源流〉，收入他的大書《雜病源流犀燭》，使得王凱的書成為治痧傳統中的主要文本之一。[55]

這種在我們看來是剽竊的行為，對於當時醫書的作者而言只是「引證」。任何醫者只要對自己所抄撮的內容略加整理、分類，或是添加點新意見，便可號稱為「作者」。至於「作者」所抄的著作，其實也往往襲自其他的「作者」，如《婦科準繩》的女科便大量引用薛己(1487-1559)的著作；長達百卷的徐春甫(1520-1596)《古今醫統大全》大部份的內容都纂輯自他書；[56]明、清的許多方書亦復如是。

對於明、清的醫者而言，整體的醫療傳統仿若一本開放的書，任人自由引述。在言論為公器的社會情狀下，[57]醫書的生產沒有現代「著作權」的問題。許多方書甚至還歡迎他人翻刻。醫學文本的生產，像氣根般不斷增殖，以不離主幹，卻又以不斷有小差異的方式積聚。即使只是重抄出版，作者也往往會改寫細節或修訂字句。再加上醫書一直是商業出版的重要類屬，許多文人也喜歡以購買或抄寫的方式收集醫書、醫方、醫案，更因而增進醫學文本的擴散。[58]不斷重複的文本加強既存文本的權威，使得經典著作仿若恆久不變的知識／真理。透過引述和對引文的排比、整理乃至評論，引用者成為「作者」，將自己安置在醫學的文本傳統之內。塔塔林諾夫不無鄙夷地論道：

> 中國醫學書籍的共同缺點在於每本書都在重複幾乎完全相同的東西，沒有任何變化，或者只是講述的順序有所變化。即使有一小部分書沒有這

---

55 紀征胤，〈《痧症全書》及其主要傳本〉，《中華醫史雜誌》，卷 38 期 3（2008 年 7 月），頁 170-175。《晰微補化全書》或稱《痧症全書》。

56 〔明〕徐春甫，《古今醫統大全》。

57 王汎森，〈對《文史通義・言公》篇的新認識〉，收入丘慧芬編，《自由主義與人文傳統：林毓生先生七秩壽慶論文集》（台北：允晨文化出版公司，2005），頁 229-256。

58 收集醫學材料，並出版醫書的人不必然都是醫生，其中最著名的是刊行葉桂《臨證指南醫案》的華岫雲。此書在清代相當風行，甚至還影響了其後醫案的寫作風格，一改十五世紀以來，詳記醫病互動的醫案，而使十八世紀後許多醫案有類方書。華岫雲，〈凡例〉，收入〔清〕葉桂著，華岫雲編訂，《臨證指南醫案》（北京：華夏出版社，1995），頁 9。

> 種共同缺點，它們也只不過是增添了某種以特別的、神奇的方式治療某種疾病的罕見的新方法，或者增補一些從其他書中抄錄出來的藥方等等而已。
>
> 無論何時，我所看到的中國醫學書籍都是由一些摘自不同作者、沒有任何聯貫性的文章一個接一個羅列而來。在摘抄完這本或那本書（有時會達到五本甚至更多）之後，作者會寫上，他……由於才疏學淺……，認為某本書的作者的觀點相當有根據和正確，因此他只補充些諸如咳嗽並不總是說明肺不舒服等類的東西。一切爭論，所有的批評都局限於類似的說明，……古代醫書中所講的一切東西的正確性都被認為是不容置疑的，不管怎樣，不遵循它們就意味著自己的觀點將被認為是無稽之談。[59]

塔塔林諾夫意在指責中國醫學的停滯，但若說這些醫學文本一成不變，絕非事實。這些不離中國醫學理論架構的文本，不斷有論病、診斷、治療的新觀點或新處方。只是這些分歧的異見，無任何權威來確認其可靠性。論者也通常只能引述古代經典或自己的體驗，以支持或駁斥他人的意見。全部的醫書仿若一個俄羅斯娃娃，長相相仿，層層套疊，卻又各自爲體。本文便以「衍異」來指稱這一現象。

衍異不僅發生在文本生產的層次，醫學理論亦復如是。明、清溫病理論的發展，以及關於《傷寒論》地位的爭議便是其例。[60]「溫病」爲清代醫學理論最重要的爭議，然而有趣的是，居然沒有人能爲「溫病」提出令所有醫家一致認同的定義和病理機制。[61]「溫病」一詞早見於《內經》和《傷寒論》，其後的醫者也曾斷斷續續提及。但要到晚明，「溫病」才成爲重要的醫學範疇。吳有性(1592-1672)目睹晚明疫病流行，於 1642 年出版了《溫疫論》。吳一反前此有關疫病乃「非其時有其氣」的理論，主張：「疫者感天地之厲氣」，將疫

---

59 塔塔林諾夫，〈中國醫學〉，收入《19 世紀中葉俄羅斯駐北京布道團人員關於中國問題的論著》，頁 417。

60 Chao Yuan-ling, *Medicine and Society in Late Imperial China*, pp. 79-104.

61 趙洪鈞，《中西比較熱病學史》（石家莊：河北中醫學院醫史教研室，1987），頁 92-106。

病歸因於單一的病因。[62]所謂「厲氣」並非「四時之氣」，也不是像瘴氣般的「濁氣」，而是一種無規可循的「雜氣」，厲氣之襲人與居舍，皆和其他的病因不同。[63]而且厲氣雖然強弱有異，卻易被誤診。厲氣從「膜原」再竄入各經，現爲各種不同症狀，以致投藥罔效。[64]

在「瘟疫」的病程中，「熱」爲主要症狀。吳有性的治法以「下」爲主，但「下」經常使患者虛弱。因此，在導出邪氣的同時，保持患者的體力，乃治療「瘟疫」的關鍵。雖然許多吳有性的處方從《傷寒論》中抄出，但吳聲稱傷寒是由時氣所致，且它的病理過程與「瘟疫」不同。即使他的處方與《傷寒論》相同，但用法大異。[65]吳並指出，當時大多醫師只知道傷寒，並以治療傷寒的方式對待「瘟疫」，以致傷亡慘重。

吳有性以類似現代傳染病的概念來解釋「瘟疫」的病理。但他不以此爲足，反而雄心勃勃地試圖從「瘟疫」建立疾病的一般性理論，以取代「傷寒」在外感病理論中的角色。他因而聲稱眞正「傷寒」陰證其實極爲罕見，且多數疾病實際上是「瘟疫」。[66]更有趣的是他進一步爲「瘟疫」正名，以爲其理論奠基。吳有性認爲《傷寒論》所提及的「溫病」實際上即是「瘟疫」，而「溫」爲本字，「瘟」字後起，其次，他將「溫」與「熱」視爲同一病程的不同階段，將「溫病」與「熱病」等同。他又以與「疫」同音的「役」來形容「疫」，喚醒了「瘟疫」如「傜役」攤派之可憎、可怖。[67]在爲「瘟疫」正名後，吳有性又辨正前此醫籍中有關傷寒和溫病的說法，以證成「瘟疫」之發與四時之氣無涉。[68]

《瘟疫論》是第一部研究疫病的專著，但是吳有性從訓詁的角度，將「溫

[62] 〔明〕吳有性著，〔清〕鄭重光補註，《瘟疫論補註》（台北：新文豐出版公司，1985），卷上，〈原病〉，頁 3。
[63] 〔明〕吳有性著，〔清〕鄭重光補註，《瘟疫論補註》，卷下，〈雜氣論〉，頁 42-43。
[64] 〔明〕吳有性著，〔清〕鄭重光補註，《瘟疫論補註》，卷上，〈原病〉，頁 9-10。
[65] 〔明〕吳有性著，〔清〕鄭重光補註，《瘟疫論補註》，卷上，〈辯明傷寒時疫〉，頁 10-11。
[66] 〔明〕吳有性著，〔清〕鄭重光補註，《瘟疫論補註》，卷下，〈論陰證世間罕有〉，頁 46-47。
[67] 〔明〕吳有性著，〔清〕鄭重光補註，《瘟疫論補註》，卷下，〈正名〉，頁 62。
[68] 〔明〕吳有性著，〔清〕鄭重光補註，《瘟疫論補註》，卷下，〈傷寒例正誤〉、〈諸家瘟疫正誤〉，頁 63-69。

疫」等同於「瘟疫」，勾連文本傳統與疫病的現象，以求其「所以然」，卻開啓後世學者無窮無盡的辯論。首先，究竟「溫疫」是否與「溫病」相同？「溫疫」可否以傷寒之法治之？「溫疫」之病程爲何？「下」法是否適於體質較弱的南方人？其次，「溫疫」的爭論，牽涉到人們如何從現有的文獻推知某種疾病是否曾經存在於古代（即回溯診斷）的棘手問題。由於「瘟」字後起，吳有性大可聲稱古人並不知「瘟」，從而與《傷寒論》分離。但他一方面認爲「溫疫」即是《傷寒論》中的「溫病」，卻又提出有異於《傷寒論》的病理說明。他將自己的理論託之於古典醫經，卻又同時從醫經中衍異而出。不過吳有性無意直指《傷寒論》的錯處，挑戰《傷寒論》醫學正典的地位。然而，究竟是《傷寒論》原本已誤？還是後世整理者與注釋者之過？隨此而來的問題則是誰能「眞正」明瞭醫經的原旨？明、清時期的醫學理論便沿著「溫病」與「傷寒」而枝蔓，在各個陣營之內碎裂。[69]

文本操作乃明、清醫者證成其菁英能力與身分的重要手段。吳有性對「瘟」字的訓詁，表明他介入醫學辯論的能力。不論是支持溫病理論的醫家，如吳有性、葉桂(1667-1746)、吳瑭(1736-1820)和王士雄(1808-1890)；或反對溫病理論的醫家，如喻昌(1585-1664)、柯琴(1662-1735)、徐大椿和黃元御(1705-1758)等，都能從醫學的文本傳統中發展自己的論點。十七、十八世紀盛行一時的考證學，雖使詮釋經典的手法更加複雜，但並不意味著從考證學而來的文本證據便能成爲醫學知識的判準，反而只表示參與醫學爭議的醫家，擁有支持自己立場的論據。溫病與傷寒的爭議便是一個好例子。支持《傷寒論》的學者抱怨王叔和打亂了原書的順序，以致要恢復仲景之舊文已不可能；有些人則認爲在《傷寒論》傳遞的過程中，文本的錯失難免；也有人認爲王叔和無能增損《傷寒論》，而是醫家無法正確解讀其精義。難怪徐大椿將《傷寒論》的爭議與儒學傳統中

69 范適（行準），《中國醫學史略》（北京：中醫古籍出版社，1961，1986 再版），頁 218-241。《四庫全書》則索性將書名改爲《瘟疫論》，書中的「溫疫」改爲「瘟疫」，以區別「瘟疫」與「溫病」，並完全以「瘟疫」的方向，詮釋吳有性的著作。雖然這並不牴觸原意，卻也無助於釐清原書中企圖擴大「溫疫」的理論意涵而生的含混。

的《大學》序次或《尚書》的眞僞相比。[70]將考證的手法用於醫學，只是促使醫學文本和知識的衍異，並加強菁英醫者和其他醫療者的區隔。

溫病與傷寒的爭議只是清代醫學理論碎裂化最明顯的例子。不少明、清的醫家試圖將其治驗理論化，並將診斷與治療歸因於少數幾個因素，以便掌握。例如吳瑭特別強調「三焦」，以爲溫病辨證之架構。三焦雖於醫有據，但在臟腑中的地位並不重要。[71]江涵暾認爲「鬱者，萬病之源也」，所以他的《奉時旨要》便以論治諸鬱始，並對鬱細分爲「六氣之鬱」、「七情之鬱」、「人事失養之鬱」。[72]再如吳儀洛(c. 1704-1766)以爲人身以氣爲先，因此，他提出「先治氣，次理血、次補法」的治療順序。[73]程國彭則將「火」分爲「外火／賊火」和「內火／子火」。[74]陳士鐸(1627-1770)的《石室祕籙》則假天師岐伯之口，寫成各種療法。[75]類此之例，不勝枚舉。明、清醫家並不只承襲他人的文本，也將自己的治驗心得精煉爲某些原則、理論或療法，並託身於古典醫經，使得醫療市場上充斥著源自經典傳統的不同理論。各式各樣的醫學理論和文本眾聲喧嘩，挪用既有的醫學知識，亦豐富了既存的醫學傳統。

衍異並不表示醫療市場上的文本與理論皆等價。和醫者的階層結構相仿，醫學的文本傳統亦由不同層次的文本構成。由古聖所創的醫經，立於文本金字塔的頂端，至於像張機(c. 160-218)或金元四子等大師所留下的文本，雖可能有爭議，但地位仍高。至於當代名醫所寫的醫書和方書，爭議更大。明、清時期缺乏建立醫學知識判準的社會機制，文本的位階，便常用以劃分醫者的地位。

儘管明、清時期的醫家大多認識到古典醫經並非古聖所著，而是漢時人所纂輯，但由這些古典醫經所奠立的醫學宇宙觀則毫髮未損。醫學知識的衍異不

70 趙爾巽等著，《清史稿》（中央研究院歷史語言研究所漢籍電子文獻資料庫），頁 13878；Chao Yuan-ling, *Medicine and Society in Late Imperial China*, pp. 87-94.

71 趙洪鈞，《中西比較熱病學史》，頁 102。

72 〔清〕江涵暾，《奉時旨要》（北京：中國中醫藥出版社，1993），頁 1-10。

73 〔清〕吳儀洛，《成方切用》，〈凡例〉，收入曹炳章編，《中國醫學大成續集》（上海：上海科學技術出版社，2000），冊 16，頁 4-5

74 〔清〕程國彭，《醫學心悟》，頁 8-9。

75 〔清〕陳士鐸，《石室祕籙》（北京：中國中醫藥出版社，1991）。

但沒有稀釋，反而加強了醫學傳統的權威，使醫者不斷利用現有的文本資源和觀念架構，製造微小的差異。醫家意見相歧，又彷彿萬變不離其宗。然而當時人也注意到衍異現象所帶來的問題。如潘之淇便謂：「近世業醫家，源流弗徹，好爲奇詭之說以欺人。」[76]陳德星亦曾批評道：「近世業醫之家，務在名出己意，其於古人成法，疑不適於用。好博不專之患，又不能抉擇其間。」[77]醫學知識的衍異既是古、今的作者透過文本的引用，相互唱和，互相競爭，但也造成醫家各主一說，彼此矛盾的現象。

四、擇醫的道德經濟：口碑與信任

明、清的醫療市場上，醫者類屬眾多，一般而言，人們不難找到醫生。坐館的醫生以店招，招徠顧客。明、清人看醫生時，先向看門人掛號，其後醫者依序出訪病家。有地位之醫生乘轎，小醫生則帶僕人步行。有急病或希望看醫生之病家，有時得賄賂安排行程的轎夫。醫生見病家後，先行賓主之禮、茶敘、並商談病人疾患之情狀，而後才診視病家；先把脈，後視診，醫者並向主人描述病情大概，記下藥方或醫案；或給藥，或請病家自行至藥舖購買。謝儀或藥金或當場封給，或於當日請醫後送去。但邀請名醫時，須先送謝儀，如謝儀輕微或邀請不敬，醫者未必就駕。若病家再請覆診，醫生往往會視病家的情況，改換藥方，但若病家覺得無效，立刻就換醫生。與現今有專業權威的醫生情形很不同，當時看病主要由醫生出診，醫家、病家間行平等的賓主之禮。當時醫者、病患間也不純是主、顧的金錢交易，同時也是禮儀上的交換。醫者間地位不同，待遇有別，病家亦必須在禮儀與錢財上另眼相待。有些名醫甚至收起店招，只看某些知名的主顧。[78]因此，名醫爭取社會聲望的努力，也同時是爭取

76 〔清〕潘之淇，〈序〉，收入〔清〕潘楫，《醫燈續焰》（北京：中國中醫藥出版社，1997），頁 3。

77 〔清〕陳德星，〈序〉，收入〔清〕毛世洪，《醫學三信編》（北京：中國中醫藥出版社，1993），頁 3。

78 〔日〕中川忠英編著，方克、孫玄齡譯，《清俗紀聞》（北京：中華書局，2006），頁 201-202；

客戶的必要條件。

雖然請醫不難，但從醫沒有任何資格限制，國家亦無證照制度以確認醫者的資格，病家如何辨認誰是一位合格的醫者？在醫學中那麼多不同的說法，如何找到可以信賴的理論？明、清醫療市場上多樣化的服務、衍異的文本與醫學理論，意味著病家在擇醫和醫理上有更多的選擇，但也因爲選擇過多，困擾不已。徐大椿便從醫生的觀點，建議病家如何判斷醫者之良窳：

> 必擇其人品端方，心術純正。又復詢其學有根柢，術有淵源。歷考所治果能十全八九，而後延請施治。……必細聽其所論，切中病情，和平正大，又用藥必能命中，然後託之。[79]

徐大椿心目中理想的醫者乃品學兼優之士。道德與品行居於擇醫條件之首，意味著當時人將醫病間的交易，視爲道德經濟(moral economy)的一環。[80]而且徐氏也預設病家在醫療知識上能與醫者匹敵，從其言談中判斷醫者的優劣。此外似乎沒有明確的準則，讓病家辨識醫者的醫德與技術。要實行徐大椿擇醫的建議，病家必須與醫者有親密的關係，才能建立彼此的瞭解與互信。但大部份的病家卻很難取得醫者的品德與技術的相關訊息，病家只得自行發展尋醫的策略。

事實上明、清的病家主要仰賴醫者的聲望或口碑，尋找合適的醫者。徐大椿觀察到當時病家常犯的「過錯」：

> 天下之病誤於醫家者固多，誤於病家者尤多。……有不問醫之高下，即延以治病，其誤一也。有以耳為目，聞人譽某醫即信為真，……其誤二也。有平日相熟之人，務取其便，又慮別延他人，覺情面有虧，……其誤三也。有遠方邪人，假稱名醫，高談濶論，……不復詳察，信其欺妄，

〔葡〕曾德昭(Alvaro Semedo)著，何高濟譯，李申校，《大中國志》（上海：上海古籍出版社，1998），頁 69-70。據龔廷賢的觀察，醫藥是否分業，與看病的習慣，城鄉有異，南北有別。邱仲麟，〈醫生與病人——明代的醫病關係與醫療風習〉，收入李建民主編，《從醫療看中國史》，頁 287。

79 〔清〕徐大椿，《醫學源流論》，收入《徐靈胎醫書全集（下）》，〈病家論〉，頁 614。

80 其他醫家亦有類似的建議，見：〔清〕黃凱鈞，《友漁齋醫話》，收入曹炳章編，《中國醫學大成》（長沙：岳麓書社，1990），冊 6，〈擇醫宜謹〉，頁 623。

其誤四也。有因至親密友或勢位之人薦引一人，情分難却，勉強延請，其誤五也。更有病家戚友，偶閱醫書，……每見立方，必妄生議論，私改藥味，……其誤七也。又或……病者正疑見效太遲，忽而讒言鋒起，中道變更，又換他醫，……其誤八也。又有病變不常，……病家不知，以為怪僻，不從其說，反信庸醫，其誤九也。又有吝惜錢財，惟賤是取。況名醫皆自作主張，不肯從我，反不若某某等和易近人，柔順受商，酬謝可略，……其誤十也。[81]

在這著名的病家十誤中，正好讓吾人一窺當時病家擇醫的條件。方便、情面、他人的推薦、醫者的聲望和言辯、價錢，乃至醫生是否平易近人，都是病家擇醫時的考量。病家最想找的自然是能藥到病除的醫者，不幸的是，醫師的技術並沒有明顯的判準，只好仰賴其他種種外顯因素。而這些因素除了價錢外，都和醫者的口碑有關。

《醒世姻緣傳》許眞君將泥丸當藥賣的故事，生動地描寫口碑在醫病關係中的角色。故事描述許眞君奉玉帝之命下凡，暫住在一個供奉呂祖的道觀中，每日上街化齋，頌經賣藥。他所賣的藥卻是「在那面前地下的泥土取些起來，吐些唾沫和泥」，人們不但不信他的仙丹，連齋也都不肯化給他。但有一天他卻以泥丸治了一位難產的婦人，因而聲名大噪：

人偏是這樣羊性，你若一個說好，大家都說起好來；若一個說是不好，大家也齊說不好。這泥丸催產原也希奇，那人又更神其說，圍攏了無數的人，亂要買將起來。真君說道：「……我這藥也全要遇那緣法：若有緣的吃下去，就如拿手把那病抓了去的一般；你若是沒有緣的，吃也沒用。……」那些有病吃藥的，果如真君所說，有吃下即好的，有吃了沒帳的，果然是「藥醫不死病，佛度有緣人」。[82]

---

81 〔清〕徐大椿，《醫學源流論》，收入《徐靈胎醫書全集（下）》，〈病家論〉，頁 613-614。案：原文脫漏第六誤。

82 〔清〕西周生，《醒世姻緣傳》，收入《明清善本小說叢刊》（台北：天一出版社，1985），初編第九輯第五種，頁 11b-12b。

靠著口碑，尋醫抓藥，就如醫病遇合，全靠機緣，即使是神仙，也得先聲明無緣的人無效。雖然是小說裡的故事，卻說明醫者的名聲依賴口頭傳播，而口碑又反過來影響病家的選擇。

由於病家依靠口碑尋找醫療服務，聲望因而成爲醫生成功的敲門磚。爲獵取聲名，提高自己在醫療市場上的能見度，撰寫醫療文本、請有名的官員或學者爲醫書寫序、或是發明自己的理論、乃至義診等等，無不是醫者積累聲望的策略。醫學文本與理論的衍異，便有部份導因於明、清醫療市場中的高度競爭，促使尚儒醫士以著述區分自己和其他的醫療從業人員。撰寫醫書符合了病家擇醫當選有學養者的心態，也可正當化醫者的醫療知識與行醫經驗，建立醫者的口碑，以文本將自己推銷給潛在顧客。當然，成功地治癒病家仍是傳揚醫師名望的最佳廣告。一位醫生一旦成功治癒幾位病家，其聲望便會在病家間傳揚。當他的聲望達到一定程度，即使有幾個不成功的病案，也不致傷害該醫者的聲名。但是，一旦聲望下滑時，便勢不可擋。[83]

依賴口碑尋醫，也意味著病家時常仰賴他人的推薦，甚至醫家也認識到若治好有聲望、又有錢財的病家，便能名利雙收，而樂於受人推薦。[84]推薦當然也是一種道德經濟，它仰賴的是信任。弔詭的是，明、清的病家似乎並不信任醫家，而是有人推薦，他便試；一有不效，便立刻更換。十七世紀曾在中國長期居住的耶穌會士曾德昭(Alvaro de Semedo, 1585/1586-1658)便觀察到當時病家換醫是常態，而且只要病人或其家屬認爲療治無效便換。[85]清代病家換醫的習慣似乎也沒改變。例如周彝的老師在 1876 年從發病到過世一個月間，共看了十五次醫生，用了七位醫家，其中還不乏陳蓮舫和何鴻舫這樣的名醫。這些醫生幾乎是輪替看病，而非長期專門照護。在病家臨危之際，他抱怨自己有位信任的醫師，只是遠在千里，緩不濟急。最後這位醫生朋友寄來人蔘，但爲時

83 〔清〕龔煒，《巢林筆談》（北京：中華書局，1981）。
84 〔清〕李海觀，《歧路燈》（中央研究院歷史語言研究所漢籍電子文獻資料庫），頁 138。
85 〔葡〕曾德昭(Alvaro Semedo)著，何高濟譯，李申校，《大中國志》，頁 69-70。

已晚。[86]明、清的富厚之家，在家中有危急時，不斷更醫，或聚醫會診，相當常見。

病家對醫師的不信任，也表現在邀請其他醫師確認先前醫師的診斷和用藥是否可靠。吳有性的醫案便記載了醫家意見不一，病家無所適從的慘痛經驗。吳有性的病人名施幼聲，年四十餘，體形肥碩，以賣卜爲生。他在六月時感患時疫，「口燥舌乾，胎刺如鋒，不時太息，咽喉腫痛，心腹脹滿，按之痛甚，渴思冰水，日晡益甚。小便赤澀，得涓滴則痛甚，此下證悉備。但通身肌表如冰，指甲青黑，六脈如絲，尋之則有，稍按則無。」病家延請的醫師以爲是「陰證」，並開「附子理中湯」，但病家並未信服。乃請吳有性再次確認病情，吳則認爲是「亢陽已極，以至通身冰冷，此體厥也」。他開了「大承氣湯」的方子。然而病人的妻子卻被兩個完全相反的診斷弄得不知所以，於是再請了另一位醫師。這次的醫生則謂「陰毒，須炙丹田」。病人的哥哥則更請了另外三位醫師，而他們都認爲是「陰證」。施妻不知所從之時，病人自己提出向神明問卜的建議。而所得的結果則是「從陰則吉，從陽則凶」。既然多數醫者都認爲是陰證，因此便飲用了「附子湯」。不料施幼聲的病情急轉直下，不久便死。吳有性嘆道：「嗟乎！向以卜謀生，終以卜致死，可爲巫、卜之鑑。」[87]

在上述醫案中，病家深爲醫者間不同的意見所苦。吳有性並沒有交代爲何施幼聲的家屬不相信醫生第一次的診斷。但吳有性的診斷和用藥不僅是少數，而且和其他的醫者完全相反，也難怪病家惶惑不安。不但病人的妻子另尋醫師，其兄亦一連請了三位醫生。病人最後委諸神明，爲這個醫案創下了反諷的高潮：即吳有性「向以卜謀生，終以卜致死」的評語。[88]

86 〔清〕周彛，《侍疾日記》，收入李德龍、俞冰主編，《歷代日記叢鈔》（北京：學苑出版社，2006），冊 89，頁 65-82。明代的情形見：蔣竹山，〈晚明祁彪佳家族的日常生活史：以醫病關係爲例的探討〉，收入孫遜、劍龍主編，《都市文化研究》，第二輯，頁 181-212。

87 〔明〕吳有性著，〔清〕鄭重光補註，《溫疫論補註》，〈體厥醫案〉，卷上，頁 39-40。

88 在中醫陰陽辯證的思想中，這種「陽極生陰」的現象最令人困惑。吳有性這個醫案還收入了《續名醫類案》，陸以湉也對這個醫案有所討論。他也曾舉兩位醫者意見相反的事例。見：〔清〕陸以湉，《冷廬醫話》，頁 3、87-89。

從病家不斷更醫的行爲看來，他們對醫者信任不專。在行醫資格沒有制度性的保證下，醫者個人的道德品質，成了醫病的道德經濟中交換的中介，仿佛爲其醫術提供人格上的保障。所謂「醫乃仁術」說的不僅是醫者的用心，更因仁術是病家能從外顯的資格轉化爲信任醫家的記號。病家缺乏醫者服務品質的訊息，因而透過社會網絡，找尋求醫資訊。但醫者的可信度(credibility)與病家的信任(trust)，部份可由制度，以第三者保證的方式促成。無奈明、清政府並未在此著力，以致病家爲了自保，必須事事質疑，因而輕信口碑和推薦，卻又不斷更醫。[89]

五、醫家的怨言與方略

由於病家無法信任醫者的資格及其醫療服務的品質，醫病關係因而更爲複雜。如果病家識字，他們會自習醫學、看醫書、收集方書乃至自行著述，甚至以其醫療知識測試醫師。[90]徐大椿便指出：

> 又有文人墨客及富貴之人，文理本優，偶爾檢點醫書，自以為已有心得。傍人因其平日稍有學問品望，倍加信從。而世之醫人，因自己全無根柢，辨難反出其下，於是深加佩服。……更有執一偏之見，恃其文理之長，更著書立說，貽害後世。[91]

因此，在面對上層社會的病家時，醫師總得引經據典表達自己的意見，而文本知識則成爲醫家和病家協商的場域。但尙醫士人對於醫療過程的干預，也令醫

89 有關知識的可信度與信任的問題，見：Steven Shapin, “The Great Civility: Trust, Truth, and Moral Order,” in Steven Shapin, ed., *A Social History of Truth: Civility and Science in Seventeenth-Century England* (Chicago and London: The University of Chicago Press, 1994), pp. 3-41.

90 馬伯英，《中國醫學文化史》（上海：上海人民出版社，1994），頁 791-802；Chang Che-chia, “The Therapeutic Tug of War: The Imperial Physician-patient Relationship in the Era of Empress Dowager Cixi (1874-1908),” (Ph. D. dissertation, University of Pennsylvania, 1998), pp. 67-77.

91 〔清〕徐大椿，《醫學源流論》，收入《徐靈胎醫書全集（下）》，〈涉獵醫書誤人論〉，頁 613。

家疲於應付。尙醫士人的社會地位通常較醫者爲高，並自以爲比醫師博學。不論自己生病，或他人生病，他們常介入醫療過程，或建議藥方，或推薦醫生，對醫者產生相當大的困擾，使醫者難以控制療程。王孟英便曾現身說法，以其醫案說明自認知醫之人的危害：

> 許守存久患痰嗽，孟英主滋水舒肝法，以陰虧而兼鬱也。業已向愈，所親某亦涉獵醫書，謂滋陰藥不可過服，投以溫補。已而咳嗽復作，漸至咽痛。冬初又延診於孟英，曰：六脈皆數，見於水令，其不能春乎！果驗。世人不辨證之陰陽，但論藥之涼熱，因而僨事者多矣。[92]

程國彭亦謂：「旁人誤，代驚惶，不知理路亂忙忙，用藥之時偏作主，平時可是學岐黃。」[93]徐大椿也抱怨道：

> 人之死誤於醫家者十之三，誤於病家者十之三，誤於旁人涉獵醫書者亦十之三。……一知半解，舉以試人，輕淺之病，或能得效。……間或偶然倖中，自以為如此大病，猶能見功，益復自信。以後不拘何病，輒妄加議論。……然病家往往多信之者，則有故焉。蓋病家皆不知醫之人，而醫者寫方即去，見有稍知醫理者，議論鑿鑿，又關切異常，情面甚重，自然聽信。[94]

雖然徐大椿不滿病家胡亂聽信旁人，但他也歸咎於當時醫者之不學無術。他認爲「今之醫者皆全無本領，一書不讀，故涉獵醫書之人反出而臨乎其上」。[95]值得注意的是徐氏乃以文本知識，而非技藝，來判斷醫者的本領，也說明了當時醫療場域中，將文本知識等同於或過於技藝的傾向。然而正因讀醫書之人能在知識上和醫家平起平坐，意味著從文本進入醫學場域的障礙不高。嫻熟醫書之人，便儼然有醫者之勢，若與病家相熟，或更易取信於病家，也難怪病家容

92 〔清〕王士雄，《王孟英醫學全書》（北京：中國中醫藥出版社，1999），頁 320。
93 〔清〕程國彭，《醫學心悟》，頁 4。
94 〔清〕徐大椿，《醫學源流論》，收入《徐靈胎醫書全集（下）》，〈涉獵醫書誤人論〉，頁 612-613。
95 〔清〕徐大椿，《醫學源流論》，收入《徐靈胎醫書全集（下）》，〈涉獵醫書誤人論〉，頁 613。

易受讀醫書之人的影響；那些偶爾涉獵醫學文獻的讀書人，因而增進了醫病的緊張關係。

醫病關係因旁人涉入而益形複雜，然而醫者也非無應對之方。明、清的醫者因缺乏專業權威，和病家居於賓主關係。更何況在金錢的交換下，醫者除了醫療診察外，最常用的策略便是察言觀色，從病家的社會條件和診療脈絡擬定醫療策略：

> 有庸而詐者，迎合主意，百計阿順，宜補宜瀉，宜溫宜涼，每乘其機而利導之……。有庸而妄者，自作聰明，診畢即索視前醫所批之方，無論其是與不是，必與之冰炭懸殊，炫己之長，形人之短，病或不測，則曰誤服某某之藥也。……有庸而陋者，和同無主，人云亦云：脈理既不精審，藥性又未熟諳。一味隨聲附和，不敢別參意見，病者深喜其容順易言，處方平淡，到處推薦，婦孺知名，……或有怪僻之輩，所用之藥，輒偽托吳門葉天士一派，既不講求《神農本草》，而李時珍《綱目》又略不一觀。惟於日用無關得失之物，隨手撮取，自詡靈妙……。或有淺近之徒，習慣方藥，僅僅只十餘品。人有非笑之者，彼輒借口薛立齋一代醫宗，其奏效每不出補中益氣、逍遙散、歸脾湯三方。……或有近地文士，性頗聰明，略看方書，本無志於醫道。世人不察，以其文理素優，議論鋒起，家延醫者，務必邀伊商酌，伊遂於背地改換藥味，成則居功，敗則委咎，醫者將何所施其技耶？……或有遠方邪人，詭稱針灸外科，件件精能，畢竟一無所長，針灸則以人之皮肉試手，外科又必先用爛藥，使其瘡孔漸大，難以收功，令人心寒膽怯，而後可任己治之……。甚且輕症用重藥，重症用輕藥，是非顛倒，誇張伎倆，……而故反其藥以治之？倒行逆施，……顧病家每每墮其術中。以為立論既與尋常不同，其必九折肱可知矣。[96]

96　〔清〕心禪，《一得集》，收入裘慶元輯，《珍本醫書集成》（北京：中國中醫藥出版社，1999），冊 4，頁 823。

這些雖然是對所謂「庸醫」的批評，反而吐露了一些醫者所常用的社會技巧。他們或順從病家之喜好用藥；或專與前醫立異，以炫己長；或攀附大家之用藥，以取信於人；或以己之口辯議論，改他人之方藥，以爲己功；或用針灸外科手法，恐嚇醫家，以取得病家之專信；或不顧症狀，顛倒用藥，病家卻因其異論，而以其術爲高。對照現在生物醫學模式下的醫病關係，明、清醫家所用的策略，與現在醫者所面對的問題顯然很不同。現在的醫生視病人爲同質性的生物體，因此治療重在生理檢查與用藥，不在意病家的感受，也不重視醫療過程的社會脈絡。他們認爲其專業權威，便能支持其醫療作爲。明、清的醫家則是要應付在專業權威不足下，如何說服病家專信。他們手邊的牌不是其作爲醫者的權威與技藝，而是如何利用各種說服的社會技巧，以此彌補專業權威之不足。

當然，醫療不只是說服病家，而和療效息息相關。雖然我們沒有統計數字說明明、清時代醫療的成效，但從現有的文獻看來，醫療的效果並不穩定，也常發生病人「含藥而亡」的憾事。儘管醫案中記載的多是某位醫家成功的案例，但因出版的醫案已經過選擇與編輯，失敗的案例不易呈顯。其次，從當時人對醫家的嘲諷，亦可略窺醫療效果不穩定的問題。清末出版十二卷本的《笑林廣記》有〈術業〉一部，專門嘲弄各式匠人，其中和醫者相關的笑事最多，如：

> 冥王遣鬼卒訪陽間名醫，命之曰：「門前無冤鬼者即是。」鬼卒領旨，來到陽世，每過醫門，冤鬼畢集。最後至一家，見門首獨鬼徬徨，曰：「此可以當名醫矣。」問之，乃昨日新豎藥牌者。[97]

雖然醫者見笑於病家，但病家笑聲背後則是擔憂身體與健康的無力感。當然，並非所有的醫生皆不學無術。耶穌會士曾德昭曾見證過中國醫生治好傳教士，並謂：「醫學即醫藥，在中國的情況良好……，治病常常十分成功。」[98]然而，這並未改變當時醫療市場上龍蛇混雜的事實。年希堯(1678-1739)撫粵之時，便說他生病時，不輕服藥，怕誤於庸醫之手。他甚至說當時粵東之醫，連能記誦

97 〔清〕游戲主人，《笑林廣記》（蘭州：甘肅文化出版社，2003），〈術業〉，頁 40。
98 〔葡〕曾德昭(Alvaro Semedo)著，何高濟譯，李申校，《大中國志》，頁 69-70。

《湯頭歌訣》和《脈訣》者，十無一二，遑論《內經》。而且當地的醫者，喜用桂、附、人蔘等藥，傷人無數。他在當地未及三年，「聞毉之殺人者，不可數計」。[99]清末訪問中國的日本漢醫岡田篁所也見證了中國醫師良莠不齊的情狀。[100]

有的醫者也意識到可以退而求其次，減少醫療疏失，因而注意到藥害的問題。吳尙先(1806-1886)便以內科之方藥，製成貼膏，以外治的方式治內科之疾，一反當時以內科治外科的用藥風尙。或因如此，當他欲以「一膏可以統治百病，人皆譏之」。他除了引經據典來正當化他的創舉外，還宣稱外治與內治之法雖異，而其理實同，因此只要把內服方製成各式成分不同的膏藥便可。膏藥尙有多種好處，因係外貼，較安全，不易爲藥所誤，即使醫工不良，撕去即可；對於無法服藥之人，亦能治之。而且因外治之故，可以強力用藥，不必專尙輕薄；其中無力更醫之窮人，信醫較專，膏藥更易奏功。[101]更何況，膏藥之效易於檢驗：

> 湯液內治猶在暗室也，膏藥外治猶在大庭廣眾之地也。暗室人所不見，大庭廣眾之地人所見之。故內治可蒙，而外治不可蒙。然易於補過在此，不蹈重咎亦在此。[102]

吳氏認爲使用膏藥對醫者也有好處，不但實際所需的經濟資本較低，文化資本要求也不高，尤其對於那些必須以醫謀生，但又無力學習者，既可照護病家週全，又不虧自己陰德：

> 彼貧無所恃，不得已欲藉醫以謀生者，讀書既不多，閱歷又未深。以膏藥療治，安拙於已，推能於人，兩無所負。非獨存心宜爾，且以保名，且以保財，且以保身，且以保嗣。有以一膏起家者，資亦不必多。[103]

從吳尙先的夫子自道，以及上述醫家對醫療場域的反省，庸醫與藥害只怕是

[99] 〔清〕年希堯，《經驗四種・集驗良方》（1724 年廣州年氏刊本），〈序〉，頁 3b-10a。
[100] 梁永宣、眞柳誠，〈岡田篁所と清末の日中医学交流史料〉，《日本医史学雑誌》，卷 51 號 1（2005 年 3 月），頁 25-49。
[101] 〔清〕吳尙先，《理瀹駢文》（北京：中國中醫藥出版社，1995），頁 7-17。
[102] 〔清〕吳尙先，《理瀹駢文》，頁 13。
[103] 〔清〕吳尙先，《理瀹駢文》，頁 13。

明、清醫療現實的一部份，而且醫者也努力想控制這些問題。

然而當醫者無法完全掌控療程時，自然也無法負起醫者應有的職業上或法律上的責任。[104]是以律典中雖有「庸醫傷殺人」之條，但實際醫療訴訟的案件可能不多。[105]宋儒程頤曾提到何以此律很少使用，雖非明、清時期，但其意見可資參考。他認爲該律必須合於「用藥不如方論」的條件，而官吏或爲省麻煩、病家或因與醫者相識，而不忍訟，或怕訟後，難以請醫，因此不願興訟，也使醫者有僥倖之機。[106]小說中也描寫醫者看病馬虎，而且一有疏失，病家莫可奈何之情狀。《快士傳》中有一曲〈黃鶯兒〉爲證：

> 堪恨有名醫，到人家，抵暮時。誇言日裡匆忙處，某家候予，某家欵予，一頭胗脉和人語。只須臾，略將三指，一點便升輿。
>
> 無法治醫師，恃虛名，藥妄施。將人性命為兒戲，當官訟之，官還宥之，道是心同割腹難加罪。病來時，切須記取，不藥是中醫。[107]

無計可出之餘，小說中勸人不尋醫藥。

由於病家不信任醫家，或誤信人言，或自改方劑，因此醫者只得「曲從病家之意」，才能使醫病關係維持下去。然而在醫者完全無法掌控病家的情況下，即使「偶然或愈，醫者自矜其功」；然若病者不幸身亡，「聞者亦相傳，以爲

---

104 雷祥麟，〈負責任的醫生與有信仰的病家——中西醫論爭與醫病關係在民國時期的轉變〉，《新史學》，卷 14 期 1，頁 53-57。

105 有趣的是「庸醫傷殺人」的律條似乎是專門用來對付以醫療傳播宗教的團體或個人。從《刑案匯覽》、《續增刑案匯覽》、《新增刑案匯覽》、《刑案匯覽續編》以及楊一凡等編的《歷代判例判牘》中的〈庸醫殺傷人〉條看來，眞的醫療糾紛不多，反而是因宗教醫療，致人於死者多。以「圓光畫符」等宗教手段引致的糾紛，可能還比原庸醫殺人的事例普遍。或因如此，1725 年（雍正三年）原在「禁止師巫邪術例」謂：「凡端公道士，作爲異端法術，醫人致死者，照鬪殺律治罪。」在 1801 年（嘉慶六年）時，移附在〈庸醫傷殺人〉的律條中。見：《大清會典事例》（中央研究院歷史語言研究所漢籍電子文獻資料庫），〈庸醫殺傷人〉，頁 804b-805a；楊一凡、徐立志主編，《歷代判例判牘》（北京：中國社會科學出版社，2005）；〔清〕吳潮、何錫儼彙纂，《刑案匯覽續編》（台北：文海出版社，2006）；〔清〕祝慶祺等編，《刑案匯覽・三編》（北京：北京古籍出版社，2004）。

106 〔宋〕程顥、程頤著，王孝漁點校，《河南程氏文集》（台北：里仁書局，1982），卷九，〈上謝帥師直書〉，頁 286-287。感謝吾弟平次提供此資料。

107 〔清〕徐述夔編，《快士傳（下）》，收入《古本小說集成》（上海：上海古籍出版社據中國藝術研究院戲曲研究所及北京圖書館藏清刊本配補影印，1990），頁 380。

某人之病誤服某人之藥而死，宜以爲戒矣。」徐大椿甚至於激憤地宣稱「醫者誤人無罪」：

> 蓋人生死有定數。若必待人之老而自死，則……命無權；故必生疾病，使之……死。然疾病之輕重不齊。或其人善自保護，則……不能令其死，則命又無權。於是天生此等之醫，分布於天下，凡當死者，少得微疾，醫者必能令其輕者重，重者死，而命之權於是獨重。則醫之殺人，乃隱然奉天之令，以行其罰，不但無罪，且有微功……。[108]

就因爲有不信任醫者的病家，才會使得醫者富厚不絕，毫無報應。即使醫者有過，亦只能怪病家命歹；醫生不過是執行上天賞罰的工具罷了。身爲醫者的徐大椿最後將失控的醫病關係歸諸於命，深切地表達了他的無力感。雖然醫師抱怨他們無法掌控醫療過程，但病家則對醫師的技藝憂心忡忡。

六、疾患、命運與修省

然而在缺乏信任感的醫病關係中，激憤的何止是醫師，病家也一樣地不滿。俞樾(1821-1906)便反諷地建議「廢醫」。俞樾的〈廢醫論〉由〈本義〉、〈原醫〉、〈醫巫〉、〈脈虛〉與〈藥虛〉五篇短論構成。俞氏利用自己的考證長才，從文獻中爲「醫」作了一番知識考古學，「證明」醫之不可信。他認爲醫之一職，所起甚晚，古經無有：「上古治疾，祝由而已，……醫術之盛行於世也，蓋始於春秋不學無術之諸侯。」[109]古代所謂的醫，根本就是巫。俞樾說：

> 夫古之醫，古之巫也。……上古之醫不用藥石，止以祝由治人之疾。……稱醫為巫，古之遺語也。夫醫字亦作毉，古之遺文也。夫周公制《周禮》，巫、醫已分矣。……就其初而言，則巫與醫，皆聖人為之者也。[110]

---

108 〔清〕徐大椿，《醫學源流論》，收入《徐靈胎醫書全集（下）》，〈醫者誤人無罪論〉，頁614-615。

109 〔清〕俞樾，《春在堂全書》（台北：中國文獻出版社，1968），〈賓萌集第六‧醫藥說〉，頁2212。

110 〔清〕俞樾，《春在堂全書》，〈俞樓襍纂第四十五‧廢醫論〉，頁2104-2105。

古代的巫只以祝由治病，而後世醫者所仰賴的脈診與用藥皆不可靠。俞樾以考證爲刀槍，論證三部九候今古不同，而醫者不知：

> 醫之治病其要在脈。……乃九臟之動，迄無正解。……至於三部之所在，亦莫能質。……古法之變壞，蓋始於扁鵲。……蓋扁鵲治病，初不以脈，故厭古法之煩重，而專取之於手。……世之醫者莫不曰吾知所以治病也。問其所以治病者，曰脈也，然而今之三部豈古之所謂三部乎？今之九候豈古之所謂九候乎？[111]

不但三部九候究在人身何處，已難考實；即便是醫者所用之藥，古今之名不同、寒熱之性互異，更遑論不肖醫者以劣藥或僞藥謀利：

> 夫陶隱居之時，本草一書已無定本。自是以後，代有增修，各執所見。草本無言，桐雷不作，吾安知所謂熱者果熱乎？寒者果寒乎？……燕窩、海參今皆入藥，古無其物。此古今有無之異也。執古藥以治今病，宜其中病者尟矣。又況蛇牀亂靡蕪，薺尼亂人蔘，自古歎之。今則牟利之夫，善於誑豫，以香欒為枳實，以花草子為沙苑，蒺藜驪虎莠禾其何以辨？[112]

俞樾之說雖不無過激，卻也揭示出中醫知識性質和其歷史變遷所造成的問題。醫療文獻因衍異所生的不一致、古今藥名、產地的變遷、醫學理論間的相互矛盾、乃至疾病的古今差異，使得古、今醫書、方書中的知識無法對應。醫者應付文獻的問題猶恐不及，遑論執古之醫書，以療今人之疾。考證原本是透過文本的比較，得出確切知識的學問，但在俞樾手上卻成爲懷疑論者的武器。俞樾甚至認爲「今之醫、巫亦一也，吾未見醫之勝於巫也」。小說中《快士傳》也同樣反應俞樾的激憤觀點：

> 從來巫與醫雖是一樣念頭，然巫利人生，未嘗害人之生；醫利人生，每至害人之生。賣棺木的匠人，與賣藥的醫生，雖是兩般肚腸，然匠利人

111 〔清〕俞樾，《春在堂全書》，〈俞樓襍纂第四十五・廢醫論〉，頁 2105-2106。
112 〔清〕俞樾，《春在堂全書》，〈俞樓襍纂第四十五・廢醫論〉，頁 2106-2107。

> 死，不能致人之死；醫救人死，每反致人之死。[113]

徐述夔嘲弄賣棺木的人和巫、醫不過都是爲利謀生，只是醫者爲害更烈，能致人於死。這些怨言，可視爲病家因醫療品質不穩定而發的怨懟。

除了看似舞文弄墨的文本操作外，俞樾廢醫還有實際的考量。誠如徐大椿所云，醫師可靠與否，只有經驗過才知悉，但像健康如此重要之事，何得輕試？俞樾謂：

> 余亦豈敢謂世間必無良醫。然醫之良不良余不知也，必歷試而後知焉。身其可試乎哉？不如其廢之也。[114]

他甚至建議，即使子女或父母生病，都不當服藥，只須節制日常生活與飲食。如萬不得已，必須進藥，俞樾亦認爲不必延醫，只須看證服藥便可：

> 余每歲配合所謂普濟丸者數十料，又於京師、於廣東、於上海買膏丹丸散無慮數十種，有求者問所患而與之，往往有神效。而世之延醫切脈處方以治疾病者，則十而失之八九也。[115]

俞樾到處買好藥自療療人，而且自認所損不逾尋醫。他似乎質疑疾病有深層的病因，或即使有，人們亦不見得能辨識，因此只須針對症狀治療，而這似乎也是許多病家的想法。

上文提及吳尚先以外治法避免藥害，其實這並非他首創，以外治爲主的想法可能出於病家。在 1803 年出版的《急救廣生集》中，程鵬程便已注意到藥害的問題，因而收集方藥，使病家能自行治療。程氏謂：

> 治病之法，辨證必兼察脈。但脈理甚微，淺學人安得窺其奧？寒熱虛實之間，毫釐千里。苟貌為診視，未辨精微，頗多誤事。若外治之法，按證用方，顯而易見，效則捷於湯飲。即或不效，洗而去之，尚無大害，故專錄以成集。[116]

---

113 〔清〕徐述夔編，《快士傳（下）》，頁 379。
114 〔清〕俞樾，《春在堂全書》，〈賓萌集第六‧醫藥說〉，頁 2213。
115 〔清〕俞樾，《春在堂全書》，〈賓萌集第六‧醫藥說〉，頁 2213。
116 〔清〕程鵬程輯，《急救廣生集》，〈凡例〉，頁 1。

程氏比俞樾還小心，他雖認爲只要按症用方即可自療，但他也注意到若有藥害，悔之無及。他因而主張外治，萬一不效，只須用水洗去，便可避害，預示了吳尚先贊同外治的理由。有趣的是，程鵬程便是上述許多醫家所批評的對象，他雖集醫方，但並不知醫：

> 余素不知醫，心甚契焉。搜采數十年，集成三千餘方，內外治法具備。繼思內治湯飲，一匕入口，設不中病，挽回無及，因刪去之。只存外治方一千五百有奇，門分別類，益以慎防疾病，法語預訣，為集十卷。[117]

他因好醫而收集醫方，後恐其方不驗，反而害人，因此刪去內服之法。他甚至還坦言他所抄的醫書都是借來的，因此「不及覆核，其中紕繆良多，倘有指教，使得改正，不至貽害，幸甚」。[118]不知醫的人士，不但集方出版，還承認自己連校對都沒把握。但這亦可看出，病家極力避免藥害的努力，而且他們要進入醫療場域，參與討論，並不困難。另外，這種現象也指出一部份病家專重症狀治療，認爲以醫書所載，覆核症狀，便可對症下藥。這種心態可能也是許多士人自認閱讀醫書便能知醫，或可自習成醫的理據。

病家除了積極除病，消極防害外，最重要是防範疾病於未萌，因此醫書中常包含養生之術。除了平常各種鍛鍊身體的技巧，養生書通常很重視修省。[119]俞樾也認爲除病養生，只能靠自己的道德修養：

> 夫人之病由心生也。……君子知醫之不足恃，藥石之無益，惟有長其善心，消其惡心。[120]

俞氏認爲人心之中，兼有善惡，善養生者消惡心，長善心，猶如朝廷之進君子而退小人。至於疾病之襲人，則如外夷之侵華夏，只要朝廷政治清明，外夷便無由作亂。俞氏訴諸於傳統政治與醫療的類比，以證成其修善預疾之法。俞樾有趣的系列雜文，證實了徐大椿所描述的患者和醫師之間的緊張關係。「廢醫」

---

117 〔清〕程鵬程輯，《急救廣生集》，〈凡例〉，頁 1。
118 〔清〕程鵬程輯，《急救廣生集》，〈凡例〉，頁 1。
119 陳秀芬，《養生與修身》（台北：稻鄉出版社，2009）。
120 〔清〕俞樾，《春在堂全書》，〈俞樓襍纂第四十五・廢醫論〉，頁 2108。

之論或許過當，但卻標示了部份病家的焦慮和他們對醫師能力的懷疑，並訴諸儲藥自救、避免藥害或修省養生。「藥醫不死病，佛度有緣人」正是這種醫療情狀下的產物。

時人或鑒於醫療的不穩定性，尋醫有如碰運氣，因此以「藥醫不死病，佛度有緣人」指醫病間的機緣遇合。《醒世恆言》中，病家請醫療疾，醫者謂病人已無可救藥，病家卻引用「藥醫不死病，佛度有緣人」，勸醫家一試，並謂若不成功，亦無怨言。[121]疾患嚴重之時，死生託之於命運，自是人之常情。而病家願在無計可施之時，放手一搏，其理據卻是醫病間冥渺的機緣。《醒世姻緣傳》記載了一則一位鈴醫偶然經過，而救了害乾血癆丫嬛的故事。[122]敘事者並未讚揚醫者的技藝，反而以命運機緣來解釋小丫嬛之命不該絕。《禪眞後史》中，一位死囚救了陸夫人母子，陸氏想向他申謝，陸大尹卻認爲這不過是「藥醫不死病，佛度有緣人」，偶而命中，氣得陸夫人又生出一場病來。陸大尹請醫無效，最後還是這位囚犯再次救人。[123]這些故事誠然都是病人得了重症，而訴諸於命運，「藥醫不死病」因而意味著「死病嘸藥醫」；[124]卻也指涉即使療癒，亦非醫者之功，而是醫病冥冥中註定的機緣所賜。施惠的《拜月亭》甚至以此嘲諷男、女不辨的醫者，居然亦能療疾，此非命而爲何？李漁的態度亦復如是，只是他另有應對疾患之方。

雖然「藥醫不死病，佛度有緣人」對於醫藥未存厚望，但卻並不表示醫病雙方皆不作爲，而是將避病免藥之方指向個人的修練。十七世紀的李漁(1611-c. 1679)，和俞樾一樣，懷疑醫的能力，但他自備的藥物可相當不同，他說：

> 「病不服藥，如得中醫。」此八字金丹，救出世間幾許危命！……以予論之，天地之間只有貪生怕死之人，並無起死回生之藥。「藥醫不死病，

---

121 〔明〕馮夢龍，《醒世恆言》（中央研究院歷史語言研究所漢籍電子文獻資料庫），頁 184。

122 〔清〕西周生，《醒世姻緣傳》，收入《明清善本小說叢刊》，初編第九輯第五種，頁 7a-8b。

123 〔明〕清溪道人編次，〔明〕冲和沖居士評校，《禪眞後史》，收入《古本小說叢刊》（北京：中華書局，1990），第 19 輯，冊 3，頁 1198-1201。

124 〔清〕張南莊，《何典》，收入《筆記小說大觀》（台北：新興書局據清光緒戊寅年(1878)跋刊本影印，1990），二十編冊 6，頁 3740。

佛度有緣人。」旨哉斯言！[125]

據李漁夫子自道，他一生善病，而眞正有效的藥物，只有大黃一味。話雖然如此，李漁並不贊成廢醫之論：他的醫生便是自己；而他「藥籠」裡的藥，則是儘量讓自己過得賞心悅目，以享受生命替代療疾。對他而言，「藥醫不死病，佛度有緣人」意味著人之壽夭有命，無法強求於醫藥。笠翁之豁達，與俞樾之激越，恰成對比，但二人皆指出疾患自內而發，只是李漁應對之方不是道德修省，而是盡力追求生命中的安和、平靜和歡愉。

醫家雖然不會將醫療之功歸諸於命，但修省却疾之說，在醫家間卻有相當的共識。俞震(1709-?)謂：「凡人有病或無嗣，雖由命數，然積德行仁亦能挽回造化。」他並提出「積德、放生、寡欲、戒怒、忘憂、調攝」六要目，以卻病求嗣。[126]對於久病不癒之人，禳祈禱告似乎是最終的希望：

> 凡人家中，最難免者疾病，感之輕淺，醫藥可愈。設或感之太重，三年兩載，醫藥無功。此等疾病，非前世罪孽冤纏，即今生不知檢束，積罪盛多所致也。為人父，為人子，為人弟，為人兄，為人夫，為人婦，專身修德，多行善功。或終身戒食牛犬，或全家齋敬九皇，或買魚物而放生，或施棺木而修路，方便時行，陰功廣積，齋誠滌慮，虔具悔罪，祈恩解厄，消災疏文，先申中宮，次申城隍，次申東嶽，當空焚之，或可轉危為安。帝君常以此法教人，應驗屢著，亦可以補醫藥之不逮也。[127]

鄭壽全(1824-1911)是位專用熱藥的名醫，他也認同醫藥的能爲有限，人之重病多和渺冥中的孽冤有關，非醫者所能解，唯持齋修省，方能除厄。丁堯臣亦謂：「自來戒殺放生，造福無量，萬勿輕忽也。」甚至爲了戒殺，他的藥方儘量不用動物，必不得已而用，則取死物應之，以不殺生而能製方爲原則。[128]修省並不只是修練自己的身心，同時也愛屋及烏，及於其他有情眾生。像放生、戒殺

---

125 〔明〕李漁，《閒情偶寄》，收入氏著，《李漁全集》（杭州：浙江古籍出版社，1992），冊 3，頁 346。

126 〔清〕俞震纂輯，《古今醫案按》（北京：中國中醫藥出版社，1999），頁 459。

127 〔清〕鄭壽全，《醫理眞傳》（北京：中國中醫藥出版社，1993），頁 123-124。

128 〔清〕丁堯臣輯，《奇效簡便良方》（北京：中醫古籍出版社，1992），頁 3。

等等庶民佛教的戒條，因而成了「藥醫不死病，佛度有緣人」下，延命祈福的行動準則。

明、清的醫療過程不僅是醫生與病人臨床上的遭遇，病人的家屬和神明也都參與其中。醫療過程中的不確定性無可避免，病家和醫師卻各自尋求控制不確定性的方法。對醫者而言，其自身的訓練和經驗，可為溫馴的病患減少不確定性；但對病家而言，由於無從事先判斷醫者的技巧，又無制度上保證醫者的基本訓練和技藝，將自己的健康委諸醫師，並不安全。為了自保，病家設法從各種不同的管道獲取更多資訊，然而此舉卻反而增添了醫療過程中的不確定性。由於無法在醫療過程中掌控不確定性，在醫療論述中，醫病關係遂訴諸於確定的命運和果報。命運和疾病緊緊扣連，因而「小效歸其功，大害委於命」。[129]「命運」、「機緣」成為醫療成敗的最終歸因。而以戒殺和放生等佛教觀念所形成的修省觀，應和著「藥醫不死病，佛度有緣人」的俗諺，成為明、清醫療文化中的一部份。

七、結　語

歷史的進程往往只是對卑微人類的嘲諷。西方現代的生物醫學(biomedicine)雖然擴展了醫師的能力，但醫生太過仰賴儀器與生化檢驗，視病人為生化反應的綜合體，忽視了病人的身體經驗，鮮少傾聽病家的聲音。[130]再加上現代醫學過度醫療化(biomedicalization)的傾向，導致醫病的雙人舞，成為醫師單方面的專

129　〔清〕龔煒，《巢林筆談》，頁 100。

130　對現代生物醫學的批判見：Arthur Kleinman, “What is Specific to Biomedicine,” in Arthur Kleinman, ed., *Writing at the Margin: Discourse between Anthropology and Medicine* (Berkley and Los Angeles: University of California Press, 1995), pp. 21-40. 現代生物醫學的發展史見：Edward Shorter, “The History of the Doctor-Patient Relationship,” in W. F. Bynum and Roy Porter, eds., *Companion Encyclopedia of the History of Medicine* (London; New York: Routledge, 1993), pp. 783-800; N. D. Jewson 著，曾凡慈譯，李尚仁校，〈論醫學宇宙觀中病家的消失，1770-1870〉，收入吳嘉苓、傅大為、雷祥麟編，《科技渴望社會》（台北：群學出版社，2004），頁 159。有關西方醫學中「醫病關係」研究的介紹見：李尚仁，〈從病家的故事到個案病歷：西洋醫學在十八世紀中到十九世紀末的轉折〉，《古今論衡》，期 5（2000 年 1 月），頁 140-146。

業宰制，疏離了病家。雖然在專業知識上與醫生有距離，但病痛切身，病家也發展出了偷渡、發聲與出走等等反抗策略，[131]甚至自行研究，挑戰專業知識。[132]在這股醫療知識民主化的浪潮中，學者也提出以「醫用關係」取代「醫病關係」，爲病家充權(empowerment)。[133]許多歐美的病人也認爲中醫是一種「全人照護的醫學」(holistic medicine)，醫病關係較和諧，而尋求其照護。[134]生物醫學雖然效力大增，但卻無法完全滿足病家醫療照護的需求。

然而世上沒有完美的醫療系統。相對於現代病家的抱怨，明、清病家面對的不是專業的宰制，而是根本無從判斷醫者是否有足夠的能力。他們面對的是一個多元開放的醫療市場，未有任何權威能管制醫學的知識生產或醫者的成員和素質。由於沒有市場障礙，任何人都能進入市場。市場上雖然充斥著醫生，但卻無人保證這些醫者已受過基本訓練，也無從斷定其知識和技藝是否已達到行醫的基本要求。即便是深知醫學典籍的儒醫，亦難辨識其技藝如何。

當時醫者和病家間的知識差距遠較今日爲小，醫者不但競爭激烈，還得時時面對病家的挑戰。在醫病關係中，醫生並未掌握絕對的主導權。醫學知識沒有可靠的標準，雖然存在著經典，但卻常是言人人殊的分裂詮釋；且醫生間的異見非明、清醫學的典範危機，而毋寧是常態。因此，醫生說服病家的社會技巧成爲醫病互動的重要關鍵，病家也會以種種方式試探醫生是否適任。明、清人不擔心選擇太少，而擔心所擇非人。由於病家無法判斷醫者的能力，只得仰賴口碑來選擇醫生。病人的家屬和朋友常參與醫療過程，許多士人甚至自行習醫，以自救救人。然而病家的迷茫與對醫者的不信任，更加深了醫病間的緊張關係，使醫者難以掌握醫療過程。

---

131 吳嘉苓、黃於玲，〈順從、偷渡、發聲與出走〉，《台灣社會學》，期 3（2002 年 6 月），頁 73-117；張苙雲，〈「逛醫師」的邏輯：求醫歷程的分析〉，《台灣社會學刊》，期 21（1998 年 10 月），頁 59-87。

132 Steven Epstein 著，程雅欣譯，吳嘉苓校定，〈民主、專業知識，和愛滋療法社會運動〉，收入吳嘉苓、傅大爲、雷祥麟編，《科技渴望性別》（台北：群學出版社，2004），頁 225-256。

133 成令方，〈醫「用」關係的知識與權力〉，《台灣社會學》，期 3（2002 年 6 月），頁 11-71。

134 Kaptchuck, Ted J. and David M. Eisenberg, "Varieties of Healing 1-2: Medical Pluralism in the United States," *Annals of Internal Medicine* 135:3 (August 2001), pp. 189-195, 196-204.

現代人當然也會將醫療失敗歸諸於命，但明、清人所謂的「藥醫不死病，佛度有緣人」則鑲嵌在醫療市場缺乏管制，醫生素質不齊，病家既輕信又難專信醫家的醫療結構上。於是醫病雙方乃將疾癒與否，託之於冥渺的機緣與命運。彷彿疾病之瘳癒，冥冥間自有主宰，而醫者不與焉。機緣與果報遂成爲醫病理解疾患意義的中介，成爲自由醫療市場中那隻看不見的手，讓醫病雙方訴說著醫療失敗時的委屈與不滿，並在這宗教宇宙觀的基礎上，自行備藥、避免藥害、省心行善或解罪求福。明、清的醫療世界因而不僅是醫學知識的問題，也是現世道德訓誡和社會秩序的一環。也正因如此，醫療史始終不只是醫學思想史或醫家的英雄傳記，也是人們理解自己和世界的重要平台。

徵引書目

一、史料

〔宋〕程顥、程頤著，王孝漁點校，《河南程氏文集》。台北：里仁書局，1982。

〔明〕李漁，《閒情偶寄》，收入氏著，《李漁全集》，冊 3。杭州：浙江古籍出版社，1992。

〔明〕吳有性著，〔清〕鄭重光補註，《溫疫論補註》。台北：新文豐出版公司，1985。

〔明〕武之望，《濟陰綱目》，收入氏著，《武之望醫學全書》。北京：中國中醫藥出版社，1999。

〔明〕徐春甫，《古今醫統大全》。台北：新文豐出版公司據明葛宋禮刊本影印，1978。

〔明〕清溪道人編次，〔明〕冲和居士評校，《禪眞後史》，收入《古本小說叢刊》，第 19 輯，冊 3。北京：中華書局，1990。

〔明〕馮夢龍，《醒世恆言》。中央研究院歷史語言研究所漢籍電子文獻資料庫。

〔明〕無名氏輯，《壺中天》。上海：上海古籍出版社，1990。

〔清〕丁堯臣輯，《奇效簡便良方》。北京：中醫古籍出版社，1992。

〔清〕毛世洪，《醫學三信編》。北京：中國中醫藥出版社，1993。

〔清〕王宏翰，《古今醫史》，收入《續修四庫全書》，冊 1030。上海：上海古籍出版社據南京圖書館藏清抄本影印，1997。

〔清〕王士雄，《王孟英醫學全書》。北京：中國中醫藥出版社，1999。

〔清〕王子接，《十三科古方選註（絳雪園古方選註）》，收入曹炳章編，《中國醫學大成續集》，冊 14。上海：上海科學技術出版社，2000。

〔清〕心禪，《一得集》，收入裘慶元輯，《珍本醫書集成》，冊 4。北京：中國中醫藥出版社，1999。

〔清〕年希堯，《經驗四種・集驗良方》（1724 年廣州年氏刊本）。

〔清〕江涵暾，《奉時旨要》。北京：中國中醫藥出版社，1993。

〔清〕西周生，《醒世姻緣傳》，收入《明清善本小說叢刊》，初編第九輯第五種。台北：天一出版社，1985。

〔清〕吳尙先，《理瀹駢文》。北京：中國中醫藥出版社，1995。

〔清〕吳儀洛，《成方切用》，收入曹炳章編，《中國醫學大成續集》，冊 16。上海：上海科學技術出版社，2000。

〔清〕吳潮、何錫儼彙纂，《刑案匯覽續編》。台北：文海出版社，2006。

〔清〕李海觀，《歧路燈》。中央研究院歷史語言研究所漢籍電子文獻資料庫。

〔清〕周彝，《侍疾日記》，收入李德龍、俞冰主編，《歷代日記叢鈔》，冊 89。北京：學苑出版社，2006。

〔清〕俞震纂輯，《古今醫案按》。北京：中國中醫藥出版社，1999。

〔清〕俞樾，《春在堂全書》。台北：中國文獻出版社，1968。

〔清〕徐大椿，《徐靈胎醫書全集》，下冊。台北：新文豐出版公司據 1922 年上海錦文堂刊本重印，1985。
〔清〕徐述夔編，《快士傳》，下冊，收入《古本小說集成》。上海：上海古籍出版社據中國藝術研究院戲曲研究所及北京圖書館藏清刊本配補影印，1990。
〔清〕祝慶祺等編，《刑案匯覽・三編》。北京：北京古籍出版社，2004。
〔清〕高世栻，《醫學眞傳》。江蘇：江蘇科學技術出版社，1989。
〔清〕張璐，《張氏醫通》。北京：中國中醫藥出版社，1995。
〔清〕張南莊，《何典》，收入《筆記小說大觀》，二十編冊 6。台北：新興書局據清光緒戊寅年(1878)跋刊本影印，1990。
〔清〕陳傑輯，《回生集》。北京：中醫古籍出版社，1999。
〔清〕陳士鐸，《石室祕籙》。北京：中國中醫藥出版社，1991。
〔清〕陸以湉，《冷廬醫話》。北京：中國中醫藥出版社，1996。
〔清〕游戲主人，《笑林廣記》。蘭州：甘肅文化出版社，2003。
〔清〕程國彭，《醫學心悟》。北京：中國中醫藥出版社，1996。
〔清〕程鵬程輯，《急救廣生集》。北京：中國中醫藥出版社，1992。
〔清〕黃凱鈞，《友漁齋醫話》，收入曹炳章編，《中國醫學大成》，冊 6。長沙：岳麓書社，1990。
〔清〕葉桂著，華岫雲編訂，《臨證指南醫案》。北京：華夏出版社，1995。
〔清〕趙學敏著，〔清〕吳庚生補註，《串雅內外編》。北京：中國書店據掃葉山房 1914 年版影印，1987。
〔清〕鄭壽全，《醫理眞傳》。北京：中國中醫藥出版社，1993。
〔清〕潘楫，《醫燈續焰》。北京：中國中醫藥出版社，1997。
〔清〕龔煒，《巢林筆談》。北京：中華書局，1981。
《大清會典事例》。中央研究院歷史語言研究所漢籍電子文獻資料庫。
〔日〕中川忠英編著，方克、孫玄齡譯，《清俗紀聞》。北京：中華書局，2006。
〔義〕利瑪竇著，劉俊餘等譯，《利瑪竇全集》，冊 1。台北：光啓出版社，1986。
〔葡〕曾德昭(Alvaro Semedo)著，何高濟譯，李申校，《大中國志》。上海：上海古籍出版社，1998。
〔法〕祿是遒(Henri Doré)著，沈婕、單雪譯，《中國民間崇拜：歲時習俗》。上海：上海科學技術文獻出版社，2009。
〔法〕祿是遒(Henri Doré)著，程群譯，李天綱校，《中國民間崇拜：咒術概觀》。上海：上海科學技術文獻出版社，2009。
〔法〕祿是遒(Henri Doré)著，張旭虹譯，李天綱校，《中國民間崇拜：符咒說文》。上海：上海科學技術文獻出版社，2009。
楊一凡、徐立志主編，《歷代判例判牘》。北京：中國社會科學出版社，2005。
趙爾巽等，《清史稿》。中央研究院歷史語言研究所漢籍電子文獻資料庫。

二、專書

伊廣謙、李占永編，《明清十八家名醫醫案》。北京：中國中醫藥出版社，1996。

范適（行準），《明季西洋傳入之醫學》。上海：中華醫史學會，1942。

范適（行準），《中國醫學史略》。北京：中醫古籍出版社，1986 再版。

馬伯英，《中國醫學文化史》。上海：上海人民出版社，1994。

陳秀芬，《養生與修身》。台北：稻鄉出版社，2009。

趙洪鈞，《中西比較熱病學史》。石家莊：河北中醫學院醫史教研室，1987。

Brokaw, Cynthia J. *Commerce in Culture: The Sibao Book Trade in the Qing and Republican Periods*. Cambridge: Harvard University Asia Center, 2007.

Chao, Yuan-ling. *Medicine and Society in Late Imperial China: A Study of Physicians in Suzhou, 1600-1850*. New York: Peter Lang Publishing, 2009.

Furth, Charlotte. *A Flourishing Yin: Gender in Chin's Medical History, 960-1665*. Berkeley: University of California Press, 1999.

Kleinman, Arthur. *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley; London: University of California Press, 1980.

Kleinman, Arthur. *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York: Basic Books, 1988.

Scheid, Volker. *Currents of Tradition in Chinese Medicine 1626-2006*. Seattle: Eastland Press, 2007.

Unschuld, Paul. *Medical Ethics in Imperial China: A Study in Historical Anthropology*. Berkeley: University of California Press, 1979.

三、論文

王汎森，〈對《文史通義・言公》篇的新認識〉，收入丘慧芬編，《自由主義與人文傳統：林毓生先生七秩壽慶論文集》。台北：允晨文化出版公司，2005。

成令方，〈醫「用」關係的知識與權力〉，《台灣社會學》，期 3，2002 年 6 月，頁 11-71。

吳嘉苓、黃於玲，〈順從、偷渡、發聲與出走〉，《台灣社會學》，期 3，2002 年 6 月，頁 73-117。

李尚仁，〈從病家的故事到個案病歷：西洋醫學在十八世紀中到十九世紀末的轉折〉，《古今論衡》，期 5，2000 年 1 月，頁 139-146。

李尚仁，〈展示、說服與謠言：十九世紀傳教醫療在中國〉，《科技、醫療與社會》，期 8，2009 年 4 月，頁 9-74。

李尚仁，〈治療身體，拯救靈魂：十九世紀西方傳教醫學在中國〉，《中國史新論：宗教分冊》。出版中。

邱仲麟，〈綿綿瓜瓞：關於明代江蘇世醫的初步考察〉，《中國史學》（京都），卷 13，2003，頁 45-67。

邱仲麟，〈明代世醫與府州縣醫學〉，《漢學研究》，卷 22 期 2，2004 年 12 月，頁 327-359。

邱仲麟，〈醫生與病人——明代的醫病關係與醫療風習〉，收入李建民主編，《從醫療看中國史》。台北：聯經出版事業股份有限公司，2008。

紀征瀚，〈《痧症全書》及其主要傳本〉，《中華醫史雜誌》，卷 38 期 3，2008年 7 月，頁 170-175。

祝平一，〈身體、靈魂與天主：明末清初西學中的人體知識〉，《新史學》，卷 7 期 2，1996 年 6 月，頁 47-98。

祝平一，〈通貫天學、醫學與儒學：王宏翰與明清之際中西醫學的交會〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》，第 70 本第 1 分，1999 年 3 月，頁 165-201。

祝平一，〈宋、明之際的醫史與「儒醫」〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》，第 77 本第 3 分，2006 年 9 月，頁 401-449。

涂豐恩，〈從徽州醫案看明清的醫病關係(1500-1800)〉。台北：國立台灣大學歷史研究所碩士論文，2008。

張苙雲，〈「逛醫師」的邏輯：求醫歷程的分析〉，《台灣社會學刊》，期 21，1998 年 10 月，頁 59-87。

梁永宣、眞柳誠，〈岡田篁所と清末の日中医学交流史料〉，《日本医史学雑誌》，卷 51 號 1，2005 年 3 月，頁 25-49。

梁其姿，〈宋元明的地方醫療資源初探〉，收入張國剛主編，《中國社會歷史評論》，卷 3。北京：中華書局，2001。

梁其姿著，蔣竹山譯，〈前近代中國的女性醫療從業者〉，收入李貞德編，《婦女與社會》。北京：中國大百科全書出版社，2005。

陳秀芬，〈當病人見到鬼：試論明清醫者對於「邪祟」的態度〉，《國立政治大學歷史學報》，期 30，2008 年 11 月，頁 43-86。

塔塔林諾夫(A. Tatapnhob)，〈中國醫學〉，收入曹天生主編，張琨等譯，《19 世紀中葉俄羅斯駐北京布道團人員關於中國問題的論著》。北京：中華書局，2004。

雷祥麟，〈負責任的醫生與有信仰的病家——中西醫論爭與醫病關係在民國時期的轉變〉，《新史學》，卷 14 期 1，2003 年 3 月，頁 45-96。

劉錚雲，〈城鄉的過客——檔案中所見的明、清商販〉，收入李孝悌、王汎森編，《中國的城市生活：十四至二十世紀》。台北：聯經出版事業股份有限公司，2005。

蔣竹山，〈晚明江南祁彪佳家族的日常生活史——以醫病關係爲例的探討〉，收入孫遜、劍龍主編，《都市、帝國與先知》，編入《都市文化研究》，第 2 輯。上海：上海三聯書店，2006。

蔣竹山，〈湯斌禁毀五通神——清初政治菁英打擊通俗文化的個案〉，《新史學》，卷 6 期 2，1995 年 6 月，頁 67-112。

鄭金生，〈明代女醫談允賢及其醫案《女醫雜言》〉，《中華醫史雜誌》，卷 29 期 3，1999 年 7 月，頁 153-156。

謝柏暉，〈明清醫學知識的爭議與建構：以太素脈和《王叔和脈訣》爲中心〉。台北：國立台灣師範大學歷史研究所碩士論文，2009。

N. D. Jewson 著，曾凡慈譯，李尚仁校，〈論醫學宇宙觀中病家的消失，1770-1870〉，收入吳嘉苓、傅大為、雷祥麟編，《科技渴望社會》。台北：群學出版社，2004。

Steven Epstein 著，程雅欣譯，吳嘉苓校定，〈民主、專業知識，和愛滋療法社會運動〉，收入吳嘉苓、傅大為、雷祥麟編，《科技渴望性別》。台北：群學出版社，2004。

Cass, Victoria. "Female Healers in the Ming and the Lodge of Ritual and Ceremony." *Journal of the America Oriental Society* 106:1, January-March 1986, pp. 233-245.

Chang, Che-chia（張哲嘉）. "The Therapeutic Tug of War: The Imperial Physician-patient Relationship in the Era of Empress Dowager Cixi (1874-1908)." Ph. D. dissertation, University of Pennsylvania, 1998.

Cullen, Christopher. "Patients and Healers in Late Imperial China: Evidence from the Jinpingmei." *History of Science* 31:2, June 1993, pp. 115-122.

Cullen, Christopher. "Yi'an (case statements): The Origins of a Genre of Chinese Medical Literature." In Elisabeth Hsu, ed., *Innovation in Chinese Medicine*. Cambridge; New York: Cambridge University Press, 2001.

Furth, Charlotte. "Women as Healers in Ming Dynasty China." In Yung Sik Kim and Francesca Bray, eds., *Current Perspectives on the History of Science in East Asia*. Seoul: Seoul National University Press, 1999.

Furth, Charlotte. "Producing Medical Knowledge Through Cases: History, Evidence, and Action." In Charlotte Furth, Judith T. Zeitlin, and Ping-chen Hsiung, eds., *Thinking with Cases: Specialist Knowledge in Chinese Cultural History*. Honolulu: University of Hawaii Press, 2007.

Hsiung, Ping-chen. "Facts in the Tale: Case Records and Pediatric Medicine in Late Imperial China." In Charlotte Furth, Judith T. Zeitlin, and Ping-chen Hsiung, eds., *Thinking with Cases: Specialist Knowledge in Chinese Cultural History*. Honolulu: University of Hawaii Press, 2007.

Kaptchuck, Ted J., and David M. Eisenberg. "Varieties of Healing 1-2: Medical Pluralism in the United States." *Annals of Internal Medicine* 135:3, August 2001, pp. 189-195; pp. 196-204.

Kleinman, Arthur. "What is Specific to Biomedicine." In Arthur Kleinman, ed., *Writing at the Margin: Discourse between Anthropology and Medicine*. Berkley and Los Angeles: University of California Press, 1995.

Lei, Sean Hsiang-lin（雷祥麟）. "From Changshan to a New Anti-malarial Drug: Re-networking Chinese Drugs and Excluding Traditional Doctors." *Social Studies of Science* 29:3, June 1999, pp. 323-358.

Lei, Sean Hsiang-lin（雷祥麟）. "How Did Chinese Medicine Become Experiential? The Political Epistemology of Jingyan." *Positions: East Asian Cultures Critique* 10:2, Fall 2002, pp. 333-364.

Leung, Angela Ki Che（梁其姿）. "Organized Medicine in Ming-Qing China: State and Private Medical Institutions in the Lower Yangzi Region." *Late Imperial China* 8:1, June 1987, pp. 134-166.

Leung, Angela Ki Che（梁其姿）. "Medical Instruction and Popularization in Ming-Qing China." *Late Imperial China* 24:1, June 2003, pp. 130-152.

Leung, Angela Ki Che（梁其姿）. “Medical Learning from the Song to the Ming.” In Richard von Glahn and Paul J. Smith, eds., *The Song-Yuan-Ming Transition in Chinese History*. Cambridge: Harvard University Press, 2003.

Shapin, Steven. “The Great Civility: Trust, Truth, and Moral Order.” In Steven Shapin, ed., *A Social History of Truth: Civility and Science in Seventeenth-Century England*. Chicago and London: The University of Chicago Press, 1994.

Shorter, Edward. “The History of the Doctor-Patient Relationship.” In W. F. Bynum and Roy Porter, eds., *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. London; New York: Routledge, 1993.

Starr, Paul. “The Politics of Therapeutic Nihilism.” *The Hastings Center Report* 6:5, October 1976, pp. 24-30.

Zeitlin, Judith T. “The Literary Fashioning of Medical Authority: A Study of Sun Yikui’s Case Histories.” In Charlotte Furth, Judith T. Zeitlin, and Ping-chen Hsiung, eds., *Thinking with Cases: Specialist Knowledge in Chinese Cultural History*. Honolulu: University of Hawaii Press, 2007.

四、網頁及資料庫

中央研究院漢籍資料庫

中國基本古籍資料庫

中華電子佛典資料庫

Morrell, Peter. “Therapeutic nihilism.” http://homeoint.org/morrell/articles/nihilism.htm（2005/10/8 查閱）

"Medicine Cures Only Benign Illnesses; The Buddha Saves Only Those with the Right Karma": The Medical Market, Medical Knowledge and Patient-Physician Relationships in the Ming-Qing Period

Chu Ping-yi*

Abstract

This paper investigates the mentality represented by the proverb "medicine cures only benign illnesses; the Buddha saves only those with the right karma" (藥醫不死病，佛度有緣人) in the Ming-Qing period. Depending on context, the meaning of this proverb fluctuated from "medication is useless for incurable diseases" to "whether or not one is cured largely depends on the fateful encounter between the patient and the right physician." The proverb nonetheless expressed patients' anxieties over healing and mistrust of medicine and physicians. I argue that this proverb was embedded in the laissez faire medical market of the Ming-Qing period during which there was not even a minimum guarantee of the quality of a given physician. Although medical information circulated freely and physicians were abundant, patients at that time were troubled by the problem of how to find useful information and competent physicians. Patients chose a physician based on word of mouth, and often employed several physicians at the same time, but also changed them quickly. It seems that patients were easily convinced of the skill of a given physician while at the same time mistrusting physicians generally, since they were not sure how to assess physicians' skills. In response, patients developed strategies to reduce

* Institute of History and Philology, Academia Sinica

risks. They tried to learn medicine and prepared medications themselves, appealed to religious healing, and argued for moral cultivation to nourish both the physical body and spiritual life and to guard against illness. To cope with their patients' state of mind, physicians resorted to the art of persuasion in addition to medical skills. Physicians also complained that the behavior of the patient might actually increase risks since they exerted no control over the healing process. The proverb "medicine cures only benign illnesses; the Buddha saves only those with the right karma" thus encapsulated the tense patient-physician relationship and projected it to a religious cosmology where the frustrations of medical encounters were expressed in Buddhist terms of chance and fate.

Keywords: patient-physician relationship, medical market, medicine and religion, medical risk management, uncertainty